

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N° 187

DEPRESSION ET PSYCHOSE

**Essai sur la dépression : modes d'expression et significations
dans l'évolution des psychoses de type schizophrénique.**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 9 Mai 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Eugène MOUSSU

né le 4 Juin 1945

à PLAVY (Tchécoslovaquie)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N° 187

DEPRESSION ET PSYCHOSE

**Essai sur la dépression : modes d'expression et significations
dans l'évolution des psychoses de type schizophrénique.**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 9 Mai 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Eugène MOUSSU

né le 4 Juin 1945

à PLAVY (Tchécoslovaquie)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON

- MEDICINE -

U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N° 121

DEPRESSION ET PSYCHOSE

Essai sur la dépression : modes d'expression et significations
dans l'évolution des psychoses de type schizophréniques.



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 2 Mai 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Eugène MOUSSU

né le 4 Juin 1943

à PLAVY (Tchécoslovaquie)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université : Pr. D. GERMAIN

Vice Président : Pr. E. ELBAZ

Deuxième vice-Président : M. B. ROUSSET

Troisième vice-Président : M. R. LOPEZ

Secrétaire Général : M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

ECINE : GRANGE-BLANCHE : Directeur M. Le Docteur B. SALLE (MCA)

ALEXIS-CARREL : Directeur M. Le Professeur R. MORNEX

SUD-OUEST : Directeur M. Le Professeur J. NORMAND

LYON-NORD : Directeur M. Le Docteur J.P. NEIDHARDT

Directeur Honoraire : M. Le Professeur A. BERTOYE

LOGIE HUMAINE : Directeur : M. Le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)

ENIQUES DE READAPTATION : Directeur : M. Le Docteur A. MORGON (MCA)

ENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur : M. Le Professeur BIZOLLON

ENCES ODONTOLOGIQUES : Directeur : M. Le Docteur R. VINCENT

STITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :

Président du conseil d'UER : M. Le Pr. R. GUILLET

Directeur : M. A. MILLON

HEMATIQUES : Directeur : M. Le Professeur E. COMBET

SIQUE : Directeur : M. Le Professeur J. DELMAU

MIE ET BIOCHIMIE : Directeur : M. Le Professeur J. HUET

ENCES DE LA NATURE : Directeur : M. Le Professeur R. GINET

ENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur : Mle Le Professeur J.F. WORBE

STITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 1 : Directeur : M. Le Pr. B. POUYET

STITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 2 : Directeur : M.J. GALLET (Directeur ENSAM)

ERVATOIRE : Directeur : M. MONNET (Astronome Adjoint)

SIQUE NUCLEAIRE : Directeur : M. Le Professeur GUSAKOW

ANIQUE : Directeur : Mle le Professeur G. COMTE-BELLOT.

Examineurs de la Thèse :

Président : Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Assesseurs : Monsieur le Professeur M. COLIN

Monsieur le Professeur Agrégé J. VEDRINNE

Monsieur le Professeur Agrégé M. MARIE-CARDINE

A MA MERE, A MON PERE

A MARIE-FRANCOISE

A MURIEL ET ALICE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

*A ceux qui ont contribué directement ou indirectement
à ce travail.*

A NOTRE JURY DE THESE

- Monsieur le Professeur Jean GUYOTAT
- Monsieur le Professeur Marcel COLIN
- Monsieur le Professeur Agrégé Jacques VEDRINNE
- Monsieur le Professeur Agrégé Michel MARIE-CARDINE

Nous les remercions de l'honneur qu'ils nous font en acceptant de juger notre travail.

A ceux qui nous ont fait connaître la psychiatrie :

- Monsieur le Docteur Charles BERTHIER
- Monsieur le Docteur Henri BONNET
- Monsieur le Professeur Marcel COLIN
- Monsieur le Docteur Pierre DUBOR
- Monsieur le Docteur Jean GRAMBERT
- Monsieur le Professeur Jean GUYOTAT
- Monsieur le Professeur Agrégé Michel MARIE-CARDINE
- Monsieur le Professeur Agrégé Jacques VEDRINNE

Ils nous ont accueilli dans leurs services et leur enseignement nous a toujours été précieux.

Qu'ils soient assurés de toute notre gratitude.

IL N'Y A QU'UN MOYEN DE FAIRE AVANCER
LA SCIENCE, C'EST DE DONNER TORT A LA SCIENCE
DEJA CONSTITUEE, AUTANT DIRE DE CHANGER
SA CONSTITUTION.

- G. BACHELARD -

- LA PHILOSOPHIE DU NON -

LA CONNAISSANCE DU REEL EST UNE LUMIERE
QUI PROJETTE TOUJOURS QUELQUE PART DES OMBRES.
ELLE N'EST JAMAIS IMMEDIATE ET PLEINE.

- G. BACHELARD -

- LA FORMATION DE L'ESPRIT SCIENTIFIQUE -

- INTRODUCTION -

- Les Origines et les Fondements de notre Etude.
- Limites de notre sujet.

Si la mélancolie est connue depuis Hippocrate, si, depuis la Renaissance ce terme distingue une sorte de "folie partielle" en opposition avec les troubles généraux sans tristesse de l'intelligence, il faudra attendre le début du XIXème siècle pour voir se développer les tentatives de séparer définitivement ce qui est de l'ordre de l'humeur de ce qui est du domaine de la conscience.

Pendant tout le XIXème siècle, la nosographie fera repasser le fou et la folie "au jardin des espèces" (M. FOUCAULT) mais de façon "scientifique" dans l'espoir de constituer des entités anatomo-cliniques relevant de thérapeutiques spécifiques.

La folie devenant alors "chose médicale", la médecine se verra confier par la société le rôle de distinguer le fou de l'homme raisonnable. Puis, dans une fonction de réassurance, elle devra aussi répondre à la question "du ce qu'il a". Pour cela, elle sera amenée à distinguer à l'intérieur même de la folie, les différents degrés et types de celle-ci.

Ainsi la raison dans sa lutte contre la folie, au fur et à mesure de ses conquêtes, séparera ce qui est compréhensible, tolérable, accessible à des soins, de ce qui ne l'est pas.

A "l'ineffable de la folie", elle tentera d'arracher petit à petit des morceaux de folie domestiquée, édulcorée, des bribes de folie raisonnable. Et de cette démarche, désormais inscrite dans l'Histoire, procèdera tout homme chaque fois qu'il éprouvera le besoin ou la nécessité de se pencher sur la folie de l'autre ou sur sa propre folie.

C'est de cette longue et tumultueuse histoire que nous avons vu tout d'abord resurgir le problème des relations entre la dépression et la psychose.

En filiation directe des oppositions fou-non fou, folie-folie raisonnable, le problème se verra au fur et à mesure des découvertes cliniques et thérapeutiques : biologiques, chimiques et psychanalytiques; confronté à une nouvelle opposition et interrogation : maladie du corps ou maladie de l'esprit ? entraînant le psychiatre et la psychiatrie dans des querelles qui sont encore loin de s'éteindre.

La séparation de la psychose maniaco-dépressive de la démence précoce prononcée par KRAEPELIN (1899), deviendra de plus en plus insatisfaisante voire impossible d'abord avec la naissance de la schizophrénie (BLEULER 1911), puis surtout avec la notion de "psychoses schizophréniques".

Nous assisterons alors à une véritable inflation d'études cliniques sur les troubles de l'humeur (thymie) dans les psychoses; études que l'on peut réduire schématiquement à la distinction selon l'évolution donnée par ANGST en 1966.
(Citée dans le symposium sur les troubles thymiques des schizophrénies
27 Mai 1975 - UER Cochin-Port Royal)

- soit des psychoses maniaco-dépressives évoluant vers des schizophrénies
- soit des schizophrénies dysthymiques du début à la fin,
- soit des schizophrénies, souvent catatoniques devenant des psychoses maniaco-dépressives.

Si ces études cliniques nous sont souvent apparues fort judicieuses et nécessaires pour répertorier tous les différents aspects des troubles psychotiques, leur caractère essentiellement descriptif et expansif nous a paru parfois assez suspect.

Trop souvent nous avons eu l'impression que cette démarche, au lieu de vouloir réellement élargir le débat, procédait plus du regret inconscient de n'être pas arrivé à une séparation parfaite : troubles thymiques - troubles psychotiques.

D'autre part, que la révolution psychanalytique, née elle aussi à la fin du XIXème siècle, bien qu'y étant citée, soit exclue d'un tel débat au bénéfice de spéculations étiopathogéniques et thérapeutiques purement organicistes et mécanicistes, nous conduit à évoquer le déni d'une certaine réalité. Et parfois nous avons été même tenté d'y voir des démarches partisans et narcissiques, plus scientifiques que scientifiques.

A l'orée de notre formation dans le cadre du C.E.S. de psychiatrie, la nosographie nous a enseigné la dépression et la psychose comme des entités séparées dont même les points communs constituaient la rubrique "formes cliniques" propre à chaque maladie. Puis, nous avons été initié aux subtilités des études cliniques sur les troubles thymiques dans les psychoses.

Mais au fur et à mesure de nos rencontres avec le malade mental et avec le psychotique en particulier, nous nous sommes rendu compte de difficultés croissantes quant à l'abord thérapeutique général de ces patients.

De ces difficultés "non décrites" dans l'enseignement traditionnel de la psychiatrie sont nées plusieurs constatations et réflexions :

- Tout d'abord, un premier fait clinique : Si tous les déprimés que nous rencontrons dans notre pratique psychiatrique courante, ne sont pas forcément tous psychotiques, il est bien exceptionnel de rencontrer des patients psychotiques qui ne présentent pas dans l'évolution de leurs troubles des oscillations transitoires de l'humeur.

A y regarder de plus près, on constate pratiquement toujours que "ces oscillations de l'humeur coïncident avec des modifications d'autres attitudes mentales, concomitance qui laisse supposer un lien entre ces modifications"
(D. WIDLOCHER)

- Une deuxième série de réflexions est née des difficultés rencontrées dans l'abord des patients psychotiques au niveau de la relation médecin-malade et dans le cadre d'une pratique relationnelle institutionnelle à l'hôpital.

Les travaux psychanalytiques et l'investigation clinique profonde qu'ils proposent dans le cadre de la *relation* avec le patient, en tant que lieu (espace-temps) d'une expérience d'inter-subjectivité, nous ont montré que les troubles thymiques, à en juger par la manière dont le malade en parle, les décrit et les justifie, sont en rapport avec d'autres éléments de l'expérience subjective qui caractérise la psychose.

Ainsi, à partir des nouvelles données cliniques et théoriques nées de la psychanalyse et de pratiques psychothérapiques et à partir de nos propres expériences relationnelles avec les patients psychotiques, nous essaierons dans ce travail d'étudier les troubles de l'humeur dans l'évolution des psychoses dans l'hypothèse où ils ont d'une part une signification par rapport à l'expérience subjective profonde qui caractérise la psychose et qu'ils peuvent être d'autre part, un moyen pour le malade, de nous traduire son vécu psychotique dans ses aspects dynamiques, c'est-à-dire une tentative de communiquer.

Nous avons, pour des raisons bien compréhensibles, limité notre étude aux troubles de la thymie dans l'évolution de psychoses de type schizophrénique laissant de côté dépression et paranoïa. (En particulier le problème important de la paranoïa sensitive de KRETSCHMER).

Nous avons voulu centrer cette étude principalement sur l'aspect d'évolution de ces psychoses en fonction des thérapeutiques qui leur sont apportées dans le cadre institutionnel hospitalier.

Une précision nous paraît encore nécessaire : nous avons utilisé le concept de psychose de type schizophrénique pour désigner tout état psychotique confirmé susceptible d'évoluer vers une schizophrénie, étant donné que la définition même de la schizophrénie fait traditionnellement référence à ce critère d'évolutivité. En cela, nous écarterons de notre propos le problème fort discuté et discutable sur le plan structural des "border-line" ou états limites.

PREMIERE PARTIE

DE LA DEPRESSION A LA
DEPRESSION DANS LA PSYCHOSE

Chapitre Premier : DEPRESSION : =====

Quelques Généralités sur la Dépression

A - La dépression : Symptôme - Syndrome - Maladie -

" En psychiatrie, le terme dépression comporte au moins trois significations. Il peut se rapporter à un symptôme, à un syndrome et aussi à une entité nosologique.

L'élément sémiologique élémentaire est un aspect phénoménologique caractérisé par un trouble, un affaïssement de l'humeur (Thymie) qui devient triste." (Manuel de Psychiatrie -H.EY - P. BERNARD - Ch. BRISSET)

Cette humeur triste, ce sentiment de tristesse, cette perception d'un "état d'âme" particulier que tout individu éprouve occasionnellement tout au long de sa vie, va recouvrir ou s'accompagner généralement d'autres sentiments comme l'ennui, l'inquiétude, la lassitude, pour désigner celui qui se dit déprimé ou qui apparaît déprimé. Mais ne sera pas forcément déprimé celui qui se montrera triste car il y a façon d'être et façon de se montrer déprimé.

A un degré de plus, surtout si cet état semble en rapport avec des difficultés psychologiques, avec des événements pénibles, on parlera de dépression : "il est atteint de dépression, il fait de la dépression." Le médecin parlera de dépression réactionnelle.

La distinction entre "être déprimé (symptôme, groupe de symptômes) et l'état de dépression va se faire de ce paradoxe qui existe dans notre langue entre être déprimé et dépression : car en effet, si l'on peut se dire déprimé sans dépression, il nous est bien difficile d'imaginer une dépression dont le sujet ne serait pas déprimé.

Et "ce paradoxe tient précisément en ce que se trouve chez l'homme ou la femme que l'on dit atteint de dépression, cette tristesse, cette lassitude, cet ennui, cette angoisse qui sont du lot universel de l'être humain, au moins à quelque moment dans une vie." (B. CASTETS)

Symptômes ou syndrome dépressifs et leurs constituants de base (tristesse, lassitude, inquiétude, ennui) vont évoluer selon un axe de progression quasi-mathématique, allant du plus bénin au plus grave pour constituer la "maladie" dépressive dont le prototype est la crise de Mélancolie.

Cette évolution, nous allons l'envisager au niveau de chaque signe évoqué, de la façon suivante :

- *La tristesse* peut devenir peu à peu douleur morale avec ses sentiments d'auto-dépréciation et son auto-accusation. Elle pourra nous apparaître dans son double aspect de façon évidente : aspect de douceur, de béatitude, "retour au paradis perdu", plaisir d'une part; destruction, déchirement, séparation atroce, perte irrémédiable d'autre part. (C'est la dualité du "Spleen" des poètes romantiques si bien évoquée dans le thème du reflet, de l'ombre, du double).

- *La lassitude* deviendra progressivement inhibition psychomotrice qui peut elle-même aller jusqu'à l'état de mutisme et de stupeur conférant à la douleur morale son aspect corporel.

- *L'ennui*, simple réaction passagère de désinvestissement pourra aller jusqu'au retrait total du monde extérieur et aboutir au délire qui signera la rupture avec la réalité.

- Enfin, *l'inquiétude* devient anxiété, manifestation anxieuse de l'angoisse profonde, angoisse qui est primitivement réaction au vécu du corps en danger, danger de mort s'entend.

- En faisant une condensation des deux derniers signes évoqués, désinvestissement du monde et angoisse, nous pouvons encore une fois évoquer la mort et en particulier le désir de mort et le problème des conduites suicidaires.

Ainsi, allant du symptôme de tristesse à l'état dépressif et sa triade (Tristesse, douleur morale - Inhibition psychomotrice - Conduite suicidaire) allant du plus commun à ce que l'on dit pathologique et à l'extrême jusqu'à la mort, la dépression constitue avant tout un "accident" plus ou moins grave dans le décours de toute vie humaine.

Il nous faut maintenant rappeler brièvement les caractéristiques cliniques de l'ensemble de ces "accidents."

B - Dépression névrotique et Dépression psychotique

On distingue habituellement selon l'axe de progression évoqué précédemment, du moins grave au plus grave, une dépression névrotique et une dépression psychotique. (A un critère quantitatif, on superpose un critère qualitatif).

Le deuil, réalisant un syndrome dépressif n'est pas considéré comme une réaction pathologique bien qu'il puisse, dans certaines conditions, le devenir. Cet état de deuil peut alors, selon la structure psychologique de la personne en deuil, revêtir un aspect soit névrotique, soit même psychotique.

1°) Les dépressions dites névrotiques ou réactionnelles

Outre la triade atténuée qu'elles présentent, elles se rencontrent classiquement dans les conditions suivantes :

- Elles surviennent le plus souvent dans un contexte d'évènements favorisants ou déclenchants, vécus comme des expériences de frustration. Le patient en a plus ou moins bien conscience et les évoque. Souvent, il rend même ces expériences totalement responsables de son état.

- Le malade se plaint de son état physique et psychique et de son sentiment d'impuissance. On parlera fréquemment d'asthéo-dépression, parfois d'hypochondrie névrotique.

- Dans cette dépression dite névrotique, l'infra-structure constituée par les désirs oedipiens et la culpabilité, reste en règle générale refoulée. Le patient accuse plus volontiers le sort et les autres que lui-même.

- Le comportement suicidaire recouvre ce que l'on appelle traditionnellement les tentatives de suicide, souvent à répétition, dites "de chantage" ou "d'appel", le sujet cherchant plus à solliciter avec insistance l'aide nécessaire qu'à mourir. L'expérience nous montre qu'il s'agit aussi très souvent d'échapper surtout à l'aspect douloureux de la dépression.

- Le fond de cette dépression dite névrotique, apparaît comme une blessure narcissique intense en relation avec une rupture, un abandon, un manque. Il en résulte constamment un besoin de revalorisation qui peut s'exprimer de façon plus ou moins agressive. Le "déprimé névrotique" est un être dévalorisé, déçu qui sollicite son interlocuteur avec avidité, anxiété, dans une recherche incessante d'objets complémentaires.

A partir de ces caractéristiques, vont apparaître ce que l'on nomme les conduites anti-dépressives : elles représentent dans leur ensemble toutes les conduites relationnelles que développera le déprimé pour combler le manque, le vide qu'il ressent en lui. (Telles que les relations à des situations professionnelles, sociales, la recherche d'une relation complémentaire de soi-même en autrui, les relations à des objets matériels tels que l'alcool, les drogues etc...).

Dans toutes ces relations, le déprimé cherchera une revalorisation ou l'illusion de celle-ci.

- Pour en finir avec ces considérations sur les dépressions dites névrotiques, il nous faut encore ajouter :

- . que ce sont les dépressions les plus fréquemment rencontrées.
- . qu'elles surviennent en principe chez des personnalités de structure névrotique pathologique, et sont dites classiquement d'origine psychogène.
- . Enfin, elles peuvent constituer des formes cliniques particulières lors de la décompensation d'un état névrotique constitué (Névrose hystérique et névrose obsessionnelle en particulier).

2°) Les dépressions dites psychotiques

Opposées aux dépressions d'origine psychogène, les dépressions psychotiques sont dites endogènes (qui prend naissance à l'intérieur). On considère que leur étiologie est dominée par des facteurs constitutionnels et par l'hérédité.

Le prototype de ces dépressions est la mélancolie que l'on a coutume de faire entrer dans le cadre de la Psychose Maniaco-Dépressive.

Cette relation Mélancolie-Manie constatée depuis l'Antiquité, a été, comme nous l'avons déjà évoqué dans notre introduction, constituée en entité nosographique par KRAEPELIN en 1899, qui la distinguait ainsi de la Démence précoce et de la Mélancolie d'involution.

Manie et Mélancolie ne sont, dans cette optique, que l'expression différente d'un même trouble fondamental de l'humeur. Au niveau de son expression clinique, on distingue avec KRAEPELIN, des formes de Mélancolie intermittente (49%), des formes de Manie intermittente (17%) et des formes maniaco-dépressives (35%).

A la triade (douleur morale - inhibition psychomotrice - Idées de mort) de la Mélancolie, est opposée la triade : exaltation de l'humeur (euphorie) - excitation psychomotrice et jeu maniaque - tachypsychie (fruits des idées) de la Manie. Ceci peut déjà nous permettre d'envisager la Manie comme une réaction voire une défense contre la dépression mélancolique et son aspect douloureux.

Contrairement à ce qui se passe dans les états dépressifs névrotiques, dans les dépressions psychotiques, les accès apparaissent primitifs, sans rapport immédiat avec un événement. Parfois, ils surviennent dans un contexte d'antécédents héréditaires.

La présentation du malade suggère presque d'emblée le diagnostic : prostré, le visage figé dans une expression de douleur intense, le mélancolique donne l'impression d'avoir comme "corporéisé" sa souffrance morale et son angoisse. Il ne peut souvent l'exprimer et se tient dans un mutisme plus ou moins complet.

Les signes physiques constants, en l'absence de soins, vont s'aggraver d'autant plus que ce malade généralement ne s'alimente plus et a perdu le sommeil.

La culpabilité n'est plus inconsciente comme de règle dans les états dépressifs névrotiques, mais s'étale dans la conscience avec ses reproches, ses auto-accusations, constituant déjà un état de conscience sub-délirant, avant même que l'on puisse parler cliniquement de mélancolie délirante.

De plus, le malade semble prendre comme une sorte de plaisir à exposer en détail ses moindres fautes. Il est coupable, il est condamné et il doit expier,

il doit mourir et le risque d'une recherche active de la mort devient majeur (les idées suicidaires étant exprimées ou non).

Il nous faut encore ajouter que, toujours dans le cadre des dépressions psychotiques, mais en dehors de la Psychose maniaco-dépressive, on distingue la mélancolie d'involution liée à la sénescence et les maintenant classiques états dépressifs atypiques, constituant fréquemment un mode d'entrée dans les psychoses chroniques et en particulier dans la schizophrénie. Mais nous sommes alors quasiment dans le vif de notre sujet car ce sont essentiellement ces états atypiques qui ont depuis toujours posé le problème des troubles de l'humeur dans les psychoses chroniques, et le problème des relations entre Thymie et Conscience.

3°) *Les états dépressifs dits symptomatiques*

Ces états peuvent survenir dans le cadre de certaines affections générales (tuberculose, cancers...), au cours d'affections neurologiques (démences séniles, tumeurs cérébrales, paralysie générale...), au cours de l'intoxication éthylique (aiguë ou chronique) et à la suite de certains traitements médicamenteux (neuroleptiques en particulier).

Nous avons tenu à les signaler dans la mesure où ils nous paraissent avoir été souvent plus ou moins méprisés, car l'affection somatique, dite responsable de ces états, est le plus souvent connue, et c'est elle qui préoccupe le thérapeute. Ce sont ces états qui, fréquemment, par rapport à l'affection reconnue initiale ont donné naissance à des théories causales sur la dépression, bien souvent abusives.

D'autre part, bien qu'étant étudiés comme états symptomatiques, ils posent déjà le problème de leur articulation avec les troubles de l'humeur dits réactionnels. Ces troubles, qui peuvent être de qualité ou d'intensité, névrotiques ou psychotiques, sont aussi et avant tout des troubles qu'éprouve l'homme malade, atteint dans son intégrité corporelle, souvent diminué, parfois valorisé à travers sa maladie, dans sa présence existentielle.

C - *Quelques données étiopathogéniques et psychopathologiques*

1°) *Les données biologiques et constitutionnelles*

La constitution ou biotype avec KRETSCHMER (La Structure du corps et du caractère) relie la psychose maniaco-dépressive à un tempérament cycloïde ou cyclothymique lui-même en relation avec le type pycnique.

Les travaux concernant le problème de l'hérédité (ANGST - PERRIS - WINOKUR - MENDLEWICZ) se basant avant tout sur des études statistiques, semblent en faveur de la constitution d'une entité psychose maniaco-dépressive. S'ils mettent en évidence des facteurs héréditaires certains, ils ne les isolent pas et les différents modes de transmission restent encore bien hypothétiques.

En France, DELAY, GUIRAUD, à partir d'expérimentations et à partir de faits de la pathologie neurologique, émettent l'hypothèse d'une localisation diencéphalique (hypothalamus) des troubles de l'humeur.

ABELY, quant à lui, met surtout l'accent sur les facteurs hormonaux et hypophysaires.

Tous ces travaux, concernant l'origine biologique des troubles de l'humeur, ont bénéficié ces vingt dernières années, des découvertes sur les amines cérébrales et surtout des découvertes des chimiothérapies antidépressives.

Les effets des anti-dépresseurs et la physiologie des amines cérébrales permettent, pour les auteurs nommés précédemment, d'argumenter en faveur des données biologiques de la thymie et inversement, leur permet de justifier l'utilisation de ces médicaments anti-dépresseurs.

Il nous faut encore remarquer que toutes ces études ont porté surtout sur les dépressions psychotiques et en particulier sur les psychoses maniaco-dépressives. Elles semblent toutes conclure en faveur de l'existence de l'entité pathologique psychose maniaco-dépressive.

2°) Les données phénoménologiques

La phénoménologie et l'analyse existentielle ont pour but de dégager à travers les conduites et les comportements : les attitudes fondamentales, les structures intentionnelles de la conscience engagée vers le monde, de les comprendre et de les *explicit*er et non pas de les expliquer ou de leur chercher une cause.

- STRAUSS - GEBSETEL - MINKOWSKI, ont mis surtout l'accent sur les troubles *du temps vécu* dans les dépressions, en particulier, sur le décalage entre le temps immanent et le temps transitif, c'est-à-dire entre le "temps du moi" et le "temps du monde" ou le temps des autres. MINKOWSKI insiste aussi sur le problème de l'angoisse liée à l'idée de mort : mort immanente liée à la vie et mort transitive force étrangère et hostile venant de l'extérieur.

BALVET a particulièrement bien mis en évidence : le passage par "*emphase*" du vécu dépressif au vécu mélancolique. L'être dépressif, être dominé par les autres, les humains, devient le mélancolique être dominé par un monde inhumain, par la loi, la fatalité des Dieux.

Le temps chez le déprimé est un temps qui n'est plus vécu en lui, qui ne le pousse plus, il coule à côté de chez lui. Chez le mélancolique, ce temps est arrêté, figé pour l'éternité; à l'extrême, dans le syndrome de COTTARD, il est devenu CHRONOS, Dieu sur lequel nul n'avait d'emprise, "*il est la mort qui me guette.*"

- BINSWANGER décrit le maniaco-dépressif comme l'homme antinomique par excellence.

"C'est-à-dire que cet homme maniaco dépressif ou cyclothymique, c'est un homme qui ressemble beaucoup à tous les hommes... Mais chez l'homme maniaco-dépressif, non seulement cette antinomie éthique est plus intense, mais elle a un autre sens. Elle est l'expression d'un besoin fondamental d'extrémisme existentiel qui ne s'accommode ni de "justes milieux", ni même de l'une ou de l'autre des positions extrêmes..."

Ainsi, sans présumer d'une cause spécifique de la dépression, les travaux phénoménologiques ont surtout mis l'accent sur l'existence d'un *continuum* entre le normal et le pathologique; entre les dépressions névrotiques et les dépressions psychotiques, tout en admettant un point de rupture entre le passage névrose-psychose.

Cette rupture semble correspondre à notre avis à la dimension corporelle de la dépression, dimension corporelle de l'homme qu'il n'est pas possible de réduire à ses constituants biologiques, mais qu'il faut aussi envisager dans sa dimension imaginaire.

3°) *Les données psychanalytiques*

Les travaux psychanalytiques (FREUD - ABRAHAM - M. KLEIN, en particulier), en incluant dans leur hypothèse de base (avec le concept de pulsion notamment) la dimension corporelle de l'homme que nous évoquions précédemment, sont allés encore plus loin dans la mise en évidence d'un continuum entre le normal et le pathologique, entre névrose et psychose, et nous pouvons dire aussi entre la dépression et les autres troubles mentaux.

C'est en cela que nous les étudierons plus en détail dans le chapitre suivant de notre travail (Dépression et Psychose).

Tout au long de ce premier chapitre, nous avons brièvement évoqué, à travers différentes données, le problème de la dépression, et nous avons pu voir comment, sous une apparente diversité, il nous semblait cependant exister une certaine unité fondamentale dans les états dépressifs.

Les différents travaux, tant biologiques que phénoménologiques ou psychanalytiques, loin de s'exclure, nous paraissent bien au contraire, complémentaires. Et l'on pourrait dire qu'aux faits cliniques et biologiques de la dépression, la psychanalyse vient apporter l'essai d'une signification et la phénoménologie vient introduire la notion d'un sens existentiel et par là, peut éviter à la clinique la réduction organiciste et à la psychanalyse sa "psychologisation."

Si la dépression est avant tout un accident dans le continuum existentiel de l'homme, cet accident plus ou moins dramatique naît aussi de la relation de l'homme à sa propre mort, lui posant à chaque fois de façon critique le problème de la signification et du sens de sa vie.

C'est dans cette optique que nous essaierons d'aborder le problème de la dépression et de ses relations avec la psychose, chez l'homme en crise psychotique.

-o0o-

Chapitre II : DEPRESSION et PSYCHOSE =====

A - " Les troubles thymiques dans les psychoses schizophréniques."

1°) Quelques mots sur l'évolution des données cliniques traditionnelles

Opposant le caractère aigu, endogène des psychoses maniaco-dépressives au caractère processuel de la Démence précoce, KRAEPELIN note cependant, déjà à son époque, l'existence de psychoses chroniques de forme rémittente ou "psychoses mixtes".

Le concept de schizophrénie avec BLEULER en 1911 et son extension au concept de psychoses schizophréniques donnera de plus en plus d'importance à cette notion de psychoses mixtes.

Mais, tout en développant de façon très détaillée les études concernant ces états frontières entre "psychoses de l'humeur" et psychoses chroniques, on continuera inlassablement d'opposer celles-ci selon les critères historiques que nous rappelons de la façon suivante :

- Au caractère cyclothyme, on oppose le caractère schizothyme ou schizoïde, correspondant aux biotypes pycnique et leptosome de KRETSCHMER et aux types extraverti et introverti de RORSCHACH.

- Aux troubles du temps vécu du maniaco-dépressif, on oppose la perte du contact vital avec le monde du schizophrène, à la syntonie, la schizoïdie (MINKOWSKI).

L'énumération de tous les nombreux états de "psychoses mixtes", décrits dans l'inflation nosographique de la première moitié du XXème siècle nous semble ne présenter qu'un intérêt relatif; cependant, nous citerons, en ce qui concerne les psychoses, avec troubles de l'humeur au premier plan, trois descriptions qui ont connu une fortune particulière :

- La "schizophrénie affective" de KASANIN (1933) qui est traduite en français le plus souvent par le terme de schizophrénies dysthymiques (LEMPERIERE).

- Les psychoses "schizophréniformes" décrites par LANGFELDT en 1939, qui souligne surtout leur aspect réactionnel à des traumatismes : souvent psychologiques. On a parlé alors de psychoses psychogènes.

- Les "psychoses cycloïdes" décrites par LEONNARD en 1966 à partir des travaux de SCHRODER et KLEIST sont caractérisées par la survenue périodique d'états psychotiques avec troubles de la conscience.

D'une autre façon, on peut aussi noter que l'on distingue habituellement, en fonction du critère d'évolution.

- *Les schizophrénies de forme aiguë ou dysthymiques* parmi lesquelles nous pouvons citer quelques "appellations" :

. Catatonie aiguë de KAULBAUM - Schizophrénie "périodique ou aiguë" de LABOUCARIE - Manie discordante - Dépression atypique.

Toutes ces formes sont classiquement étudiées comme nous l'avons évoqué dans notre introduction, dans la rubrique : diagnostic différentiel entre psychose maniaco-dépressive et schizophrénie.

- *Les schizophrénies progressives et autistique*

. CLAUDE a parlé de schizomanie.

. GUIRAUD a décrit l'Athymhormie juvénile.

. SUTTER et CHABERT ont mis l'accent sur la prédominance de troubles de l'affectivité, de l'humeur, en parlant de formes "dysthymhormiques".

. DELAY, allant encore plus loin dans l'importance qu'il accorde aux troubles de l'humeur dans ces formes lentes de schizophrénie, attribue la forme hétérophrénique de la schizophrénie, à "un dérèglement de l'humeur" et fait de cette forme une entité spéciale. De ces troubles de l'humeur, de l'hypothymie de l'hétérophrénie : DELAY va même jusqu'à faire dériver les autres troubles de la schizophrénie qu'il appelle alors "hétérophrénie avec syndrome schizophrénique". Le mécanisme perturbé, dérégulé de l'humeur siègerait dans l'hypothalamus d'une part, et d'autre part cette hypothymie de l'hétérophrénie serait :

" faite d'une humeur atone, froide, discordante, bizarre... s'accompagnant de troubles profonds des instincts, fléchissement de l'instinct sexuel, disparition des pulsions, apragmatisme, parfois anorexie mentale "

Ce qui nous rappelle étrangement les discours des cliniciens du début du XVIIIème siècle cités par FOUCAULT (La Naissance de la Clinique).

2°) Les données cliniques en fonction des nouvelles méthodes thérapeutiques.

Les premières méthodes thérapeutiques "scientifiques" : chocs insuliniques (M. SAKEL 1932), chocs cardiazoliques (1936), sismothérapie (CERLETTI et BINI 1938) et psychochirurgie (EGAZ MONIZ 1935. Seul prix Nobel de Médecine psychiatrique), seront inscrites dans l'opposition troubles de l'humeur - troubles de la conscience et leurs résultats plaideront encore une fois en faveur de cette opposition.

Dans un premier temps, la cure de SAKEL sera principalement destinée au traitement des schizophrénies, les électrochocs aux psychoses maniaco-dépressives et la psychochirurgie et son aspect agressif indiquée pour les "pathologies de l'agressivité", certaines schizophrénies et certaines névroses obsessionnelles graves.

Dans un deuxième temps, la cure de SAKEL restant réservée aux schizophrènes, on étendra les indications de la sismothérapie à la symptomatologie dépressive de certaines psychoses chroniques et surtout aux dépressions atypiques.

On peut remarquer que cette démarche a suivi à la lettre les données cliniques traditionnelles : schizophrénie - psychoses maniaco-dépressives - psychoses mixtes. Et les résultats de ces traitements sont venus pour la majorité des auteurs vérifier les données initiales du problème, la sismothérapie dans l'indication des troubles thymiques des schizophrénies venant une fois de plus confirmer l'opposition humeur-conscience.

Avec l'apparition des chimiothérapies (découverte de la Chlorpromazine en 52, de l'Imipramine en 57 et des IMAO en 59), nous verrons aussi dans un premier temps réserver l'utilisation des neuroleptiques au traitement des psychoses chroniques et l'utilisation des anti-dépresseurs aux états dépressifs psychotiques. Puis, dans un deuxième temps, à partir de 1965 environ, on étendra de façon courante l'indication des médicaments anti-dépresseurs aux troubles de l'humeur dans les psychoses chroniques.

Nous exposerons quelques séries de travaux faisant état de l'action des anti-dépresseurs dans les psychoses chroniques et les conséquences des données alors obtenues.

. DENIKER et Coll :

"La fréquence des états dépressifs atypiques, l'importance de l'asthénie, de l'apragmatisme et du ralentissement idéo-moteur, au cours de l'évolution des schizophrénies, ont rapidement poussé les thérapeutes à associer les anti-dépresseurs à la cure neuroleptique".

Ces auteurs notent des résultats positifs globaux dans environ 60 % des cas, ainsi qu'une meilleure action sur les formes hétérophrénocatatoniques que sur les formes de schizophrénies paranoïdes (le terme paranoïde étant utilisé au sens nosographique traditionnel).

Ils préconisent l'emploi d'anti-dépresseurs en association avec les neuroleptiques, l'utilisation exclusive d'anti-dépresseurs comportant le risque de provoquer un syndrome confusionnel avec agitation anxieuse ou une réactivation délirante.

. SUTTER et Coll. en 1968, à partir d'observations analogues à celles de DENIKER, vont confirmer l'action des antidépresseurs sur les troubles thymiques des psychoses schizophréniques et ils distingueront aussi des formes cliniques réagissant mieux que d'autres à cette chimiothérapie spécifique. SUTTER proposera à partir de ces données une nouvelle classification distinguant en particulier deux grandes formes de schizophrénies :

- Les schizophrénies à forme dysthymiforme (où prédominent les troubles de l'humeur et le délire).

- Les schizophrénies à forme délirante paranoïde (le terme paranoïde étant toujours utilisé dans le sens séméiologique du terme).

A ces deux grandes formes, seront rajoutées les "schizophrénies à forme

déméntielle", et les "schizophrénies des sensitifs".

H. BONNET et Coll. dans leur travail sur "les troubles de l'humeur et psychoses chroniques", mettent surtout l'accent sur l'aspect pragmatique du problème. L'efficacité, dans le traitement au long cours des psychoses, des anti-dépresseurs et des neuroleptiques (forme retard en particulier) étant certaine, ce n'est qu'après un temps d'évolution suffisant que l'on pourra avoir la révélation ou la confirmation des données diagnostiques de départ, à savoir si l'on avait à faire à l'entité psychose maniaco-dépressive ou schizophrénie.

J. GUYOTAT et Coll., dans leur communication au congrès de WASHINGTON en 1966, distinguent toujours en fonction des constatations cliniques des effets des anti-dépresseurs dans les psychoses chroniques, deux types d'action :

- un effet anti-psychotique
- et un effet psychodysléptique.

Les effets *antipsychotiques* se constatent surtout chez le sujet dont le délire est relativement bien structuré et en particulier dans la paranoïa sensitive. Cette action ne semble pas limitée à une correction des effets secondaires des neuroleptiques, et dans ces cas, les anti-dépresseurs semblent agir "en profondeur, sur le noyau même de la psychose" (le terme noyau psychotique servant à désigner l'économie interne pulsionnelle et la dynamique relationnelle de l'état psychotique considéré).

Les effets *psychodysléptiques*, quant à eux, peuvent se distinguer d'une part en réactions précoces de type confuso-onirique (ce qui se voit surtout avec les anti-dépresseurs tricycliques mais pas avec les IMAO), et d'autre part en réactions tardives (deux à six semaines) avec une exacerbation de l'angoisse psychotique et parfois même une réactivation du délire avec réapparition de thèmes persécutoires surtout (cette réaction tardive se voit plus fréquemment lorsqu'on utilise les IMAO).

En ce qui concerne l'essai d'une nouvelle classification des psychoses chroniques en fonction de ces incidences chimiothérapiques, GUYOTAT dira :

" L'anti-dépresseur est tantôt antipsychotique, tantôt psychodysléptique selon la structure de la personnalité du délirant et suivant le mode de relation qu'il est possible d'établir avec le malade au moment où ses effets propres apparaissent" ce qui renvoie encore une nouvelle fois au problème de l'économie interne et à la dynamique relationnelle de la psychose.

Ainsi, en articulant les données cliniques traditionnelles, aux données cliniques relationnelles et psychanalytiques, GUYOTAT mettra ensuite l'accent sur la possibilité ou la non-possibilité pour le psychotique d'établir un type de relation privilégiée : *la relation d'objet narcissique*. ("Recherche en autrui la partie complémentaire de soi-même").

Les effets antipsychotiques des anti-dépresseurs se rencontrent essentiellement chez des psychotiques ayant pu élaborer une relation d'objet narcissique stable et chez lesquels la symptomatologie des mouvements dépressifs est fréquente. Ces psychotiques entreraient dans le cadre des psychoses de Type II.

Les effets psychodyleptiques des anti-dépresseurs se voient, eux, principalement chez des psychotiques n'ayant pu accéder à la relation d'objet narcissique ou n'ayant pu élaborer ce mode de relation de façon stable. Dans ces cas, la symptomatologie dépressive se manifeste surtout dans son expression déficitaire et autistique. Ceci définirait les psychoses de type I qui correspondent à la terminologie classique des schizophrénies.

Cette relation d'objet narcissique est aussi le mode de relation privilégié dans tous les états dépressifs sans dissociation psychotique.

M. MARIE-CARDINE dans une intervention à la deuxième journée nationale d'"Actualités Psychiatriques" en 1975 rappelle cette classification en insistant sur le caractère de morcellement et sur l'angoisse de mort, de morcellement rencontrée dans les structurations psychotiques de type I et aussi sur le caractère d'une relation d'objet stable et sur la "structuration homosexuelle" et sa problématique anale corrélative susceptible d'évoluer vers une forme plus ou moins achevée de structuration oedipienne dans le cadre des psychoses de type II :

" Selon les modalités de cette organisation homosexuelle, on verra apparaître une séméiologie de type paranoïaque (sthénique ou sensitive) à mettre en parallèle assez étroit d'ailleurs avec les évolutions maniaco-dépressives indépendamment de la psychose périodique endogène..."

Ainsi, progressivement avec les nouvelles données cliniques nées des traitements médicamenteux, puis surtout, avec l'articulation de ces éléments aux éléments cliniques nés des pratiques relationnelles et psychanalytiques, la séparation troubles de l'humeur - troubles de la conscience, est devenue encore moins évidente.

Même si de nombreux auteurs actuels gardent encore la notion d'une entité psychose maniaco-dépressive opposée aux différents types de schizophrénies. (différents types en fonction des troubles de l'humeur qui apparaissent dans l'évolution spontanée et surtout thérapeutique de ces états), le cloisonnement initial rigide, même tripartite : Psychose maniaco-dépressive - Schizophrénie - Psychoses mixtes - tend à éclater sous l'influence des travaux psychanalytiques. Travaux qu'il nous faut maintenant évoquer avant d'aborder la partie proprement clinique de notre étude.

B - Les Etudes Psychanalytiques

1°) "Le dialogue ABRAHAM-FREUD sur la Mélancolie"

En ce qui concerne plus directement notre sujet, nous envisagerons l'oeuvre de FREUD principalement et assez schématiquement dans deux de ses aspects : d'une part à travers ce que EBTINGER nomme le dialogue ABRAHAM-FREUD sur la Mélancolie, et d'autre part au niveau de la distinction Névrose-Psychose qui a durant toute sa vie préoccupé FREUD, non pour délimiter la névrose de la psychose, mais pour mettre avant tout en évidence les mécanismes psychogènes des affections mentales tant psychotiques que névrotiques.

a) ABRAHAM - 1911 : *"Préliminaire à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins"*

Dans cet article, ABRAHAM est le premier à aborder le problème de la dépression sous l'angle psychanalytique en étudiant ses rapports avec les autres affections mentales (symptômes et mécanismes de défense). Il établit trois comparaisons :

- Une comparaison entre l'angoisse et la dépression : L'angoisse se situe par rapport à la dépression comme la peur par rapport à la tristesse (deuil). Cette angoisse apparaît chez le névrosé lorsque la pulsion tend vers la satisfaction tandis que la dépression apparaît chez le névrosé lorsqu'il renonce à la satisfaction, ce qui se traduit par l'incapacité d'aimer.

- Une comparaison entre la Névrose Obsessionnelle et la Mélancolie : Dans les deux cas, ABRAHAM montre la même coexistence d'amour et de haine avec prévalence de la haine, et la même indétermination quant au choix hétéro et homosexuel de l'objet.

Dans la mélancolie, en plus du refoulement opéré par la névrose obsessionnelle, il y a projection, ce qui autorise la troisième comparaison,

- comparaison entre la Paranoïa et la Mélancolie. Rappelant les mécanismes de projection dans la Paranoïa mis en évidence par FREUD dans l'analyse du cas SCHREBER en 1911, ABRAHAM suggère pour la mélancolie une première formule de perception interne accompagnée d'un sentiment d'insuffisante :

- . " Je ne peux pas aimer
- . Je dois le haïr "

par refoulement, puis projection à l'extérieur, cette formulation deviendra :

- . " On ne m'aime pas,
- . Ils me haïssent parce que j'ai des insuffisances congénitales,
- . C'est pourquoi je suis malheureux, déprimé. "

Les tendances sadiques augmentant, font que le mélancolique se sent de plus en plus coupable et que le refoulement du sadisme entraîne dépression, angoisse, auto-accusation. Mais puisque la voie de la satisfaction directe de la pulsion est interdite (première comparaison angoisse et dépression), le sadisme se transformera en masochisme.

" Au plus profond de la dépression, il y a la jouissance."

Enfin, le symptôme inhibition naît de l'incapacité d'un investissement externe de la libido et de son retrait sur le Moi.

En 1916, ABRAHAM, dans "Examen de l'étape prégénitale la plus précoce du développement de la libido", relèvera l'importance des signes oraux dans la mélancolie et reprenant sa comparaison avec la Névrose Obsessionnelle, il émettra l'hypothèse d'une régression au stade oral pour la Mélancolie.

b) FREUD - 1917 - "Deuil et Mélancolie"

Dans ce texte fondamental de l'oeuvre freudienne basée sur la première topique, avant l'intuition de la pulsion de mort (1920), FREUD, partant de la ressemblance clinique entre le deuil et la mélancolie (fait normal et fait pathologique) met en évidence les mécanismes profonds qui les distinguent.

Deuil et mélancolie sont des réactions en tout point similaires à la perte d'un objet aimé, (sauf pour la perte du sentiment de l'estime de soi qui n'existe pas dans le deuil).

Cette perte dans le deuil est réelle ce qui, par l'épreuve de la réalité, permettra le travail du deuil : détachement de la libido liée à l'objet, le Moi redevenant libre et sans inhibition. Dans la mélancolie, la perte de l'objet n'est pas due à la mort, l'objet est perdu en tant qu'objet d'amour et cette perte est soustraite à la conscience. Il n'y aura donc pas d'épreuve de la réalité et on constatera un appauvrissement du Moi. - "Dans le deuil, le monde est devenu pauvre et vide, dans la mélancolie, c'est le Moi lui-même."

Chez le Mélancolique, la perte de l'objet est vécue dans le Moi et il apparaît chez lui une aversion à l'égard de son propre Moi. Ceci s'explique par le clivage du Moi qui s'est opéré : une partie du Moi s'oppose à l'autre et porte sur elle une critique, la prenant pour ainsi dire comme objet.

"Les auto-reproches sont des reproches contre un objet d'amour, qui sont renversés de celui-ci sur le Moi propre."

Il y a donc eu chez le Mélancolique, retrait de la libido dans le Moi et incorporation de l'objet, et à l'intérieur du Moi, identification du Moi à l'objet abandonné.

" L'ombre de l'objet est tombée ainsi sur le Moi, qui peut maintenant être jugé par une instance particulière comme un objet, comme l'objet abandonné."

Les conditions que présuppose ce processus, sont d'une part une forte fixation à l'objet d'amour et d'autre part, paradoxalement, une faible résistance à l'investissement d'objet. Cette contradiction exige que le choix d'objet se soit produit sur une base *narcissique*. L'identification narcissique avec l'objet devient alors le substitut de l'investissement d'amour.

Ceci constitue à cette époque pour FREUD le mécanisme de base des psychoses qu'il englobe dans le terme de psychonévroses narcissiques en opposition aux psychonévroses de transfert (névroses hystériques, phobiques et obsessionnelles). A la base des psychoses (affections narcissiques), il y a une régression à partir d'un type de choix d'objet jusqu'au narcissisme originaire. Ceci est confirmé par l'idée que l'identification est le premier stade du choix d'objet; elle se fait de manière ambivalente (haine-amour) au moment du stade oral ou cannibalique, par incorporation de la libido.

En conséquences, dans la Mélancolie, l'investissement libidinal a subi une double transformation :

- il a regressé au niveau de l'identification,
- il est revenu au sadisme sous l'influence du conflit ambivalentiel.

Ce sadisme explique par ailleurs pour FREUD en grande partie le problème du suicide chez le Mélancolique.

" Le Moi ne peut se tuer que lorsqu'il peut de par le retour de l'investissement, se traiter comme un objet lui-même et diriger contre lui l'hostilité qui vise un objet."

FREUD aborde ensuite le problème de la manie par un argument psychanalytique d'une part :

" La manie n'a d'autre contenu que de lutter contre le même "complexe" (conflit) que la mélancolie, mais alors que le Moi dans la mélancolie a succombé dans ce conflit, dans la manie il l'a maîtrisé ou écarté."

et un argument économique d'autre part : la manie éclaterait par disponibilité de l'énergie accumulée par le retrait d'investissement que représente la dépression.

Enfin, abordant le problème topique, FREUD établit une comparaison entre le travail du deuil et la résolution de l'accès mélancolique. Dans le deuil normal, rien n'empêche les tentatives de détachement de l'objet et le passage de l'inconscient au conscient, tandis que dans la mélancolie il y a barrage à cause des expériences traumatiques liées à l'objet. Le deuil amène le Moi à renoncer à l'objet en le déclarant mort et le Moi reste en vie, tandis que dans la mélancolie, le conflit ambivalentiel et le sadisme vont prendre fin dans l'inconscient, soit que sa fureur finisse par s'épuiser, soit que l'objet finisse par être abandonné, comme sans valeur.

c) FREUD - de 1921 à 1924 - La deuxième topique

A partir de 1920 en posant dans "Au delà du Principe de Plaisir", l'hypothèse de la pulsion de mort, FREUD sera avant tout préoccupé par l'élaboration de ce que l'on nomme la deuxième topique. Quittant l'aspect clinique et psychopathologique de la mélancolie, il cherchera avant tout à articuler les mécanismes psychogènes de la mélancolie aux données de la deuxième topique.

FREUD reprendra en premier le problème de la mélancolie à propos de la répétition. La répétition peut être considérée comme le représentant psychique de la pulsion de mort et pose la question des rapports avec la répétition des accès mélancoliques.

Dans "Psychologie collective et analyse du Moi" (1921), FREUD mettra en rapport le problème du clivage du Moi dans la mélancolie avec l'instance Idéal du Moi.

Puis dans "le Moi et le ça" il articulera les mécanismes de la mélancolie (incorporation, abandon de l'objet, conditions d'abandon) aux éléments du Moi, du ça, du surmoi et de l'Idéal du Moi, aux éléments du conflit oedipien, ainsi qu'à la problématique des deux pulsions (de vie et de mort) et au problème de la réaction thérapeutique négative et à la culpabilité. ("Les états de dépendance du Moi").

En 1924, dans deux articles d'une importance capitale pour la théorie psychanalytique des psychoses ("La Perte de la Réalité dans la Névrose et dans la Psychose" et "Névrose et Psychose"), FREUD partant d'une étiologie commune des psychoses et des névroses, définit :

- la névrose comme le "résultat d'un conflit entre le Moi et son ça".

- et la psychose comme "l'issue analogue d'un trouble équivalent dans les relations entre le Moi et le monde extérieur".

- A la mélancolie, FREUD assigne une situation particulière où le conflit entre le Moi et le Surmoi est au premier plan. Il regroupe la mélancolie et les affections analogues sous le terme de psychonévroses narcissiques en leur confiant un statut intermédiaire entre les névroses et les psychoses ce qui correspond d'une certaine façon à la nosographie traditionnelle, alors en vigueur.

d) ABRAHAM - 1924 - *"Essai d'une Histoire du Développement de la Libido, basée sur la Psychanalyse de Troubles Psychiques"*.

Dans cet essai, ABRAHAM présente une théorie psychanalytique relativement achevée de la psychose maniaco dépressive et propose une histoire du développement de la libido (quant à son but et à son objet).

- Reprenant les comparaisons avec la névrose obsessionnelle, ABRAHAM met l'accent sur le problème de l'analité dans la dépression.

" La perte d'un objet peut être considérée soit comme un événement sadique de destruction, soit comme un événement anal d'évacuation".

Ceci l'amènera à subdiviser le stade anal en deux stades : le premier, le plus primitif est celui des pulsions hostiles destructrices de la tendance au rejet; le deuxième est celui de la conservation, de la rétention, de la domination.

- Reprenant la comparaison deuil et mélancolie, ABRAHAM développera le problème de l'incorporation de l'objet, processus d'introjection. Cette introjection est conçue par l'inconscient dans le cadre de la mélancolie comme un processus anal, ce qui amènera ABRAHAM à subdiviser aussi le stade oral en un stade oral préambivalent de succion et un stade oral ambivalent de morsure, la morsure étant la forme primitive du sadisme.

En ce qui concerne la psychogénèse de la mélancolie, ABRAHAM résumera ses conditions de survenue, outre les conditions générales (ambivalence importante, narcissisme excessif) par :

- une prédisposition à l'érotisme oral exagéré et par la fixation orale;
- une déception grave du narcissisme infantile (par le père et la mère), la première déception survenant avant que les vœux oedipiens aient été maîtrisés.

" Si le traumatisme survient à ce moment : comme les pulsions sadiques orales sont encore agissantes, il y a association complexe d'Oedipe - niveau cannibalique."

- la répétition de la déception primaire dans le cours ultérieur de la vie.

Enfin, et c'est un des aspects du travail d'ABRAHAM qui nous paraît le plus important, il pose le problème de la réaction thymique de l'enfant aux traumatismes supposés et amorce l'idée d'un prototype infantile de la dépression mélancolique.

e) Fin du Dialogue ABRAHAM - FREUD sur la Mélancolie :

Ici s'arrête pour nous le dialogue ABRAHAM - FREUD, que nous avons tenu à restituer dans sa chronologie historique. (EBTINGER situe la contribution d'ABRAHAM de 1924 avant l'élaboration de la deuxième topique par FREUD 1920-1924.)

En effet, ABRAHAM devait malheureusement décéder en 1925 d'une part, et FREUD, d'autre part, ne proposera plus par la suite une théorie achevée sur la psychose maniaco-dépressive, en réponse à l'article de 1924 d'ABRAHAM.

Repris par les disciples de FREUD, ce dialogue devait par la suite malheureusement prendre le plus souvent la forme d'un monologue à l'intérieur des différentes "écoles" psychanalytiques dites orthodoxes ou dissidentes.

Il nous faut cependant remarquer qu'avec le dernier article d'ABRAHAM et la référence à l'Oedipe avec l'originalité qu'il y apporte, pour une affection psychotique, la notion de double introjection (mère et père), le problème soulevé au niveau de l'identification primaire, puis surtout la question de la réaction thymique chez l'enfant à ces traumatismes supposés, nous avons un ensemble qui préfigure l'oeuvre de M. KLEIN qui fut comme on le sait sa plus brillante élève.

2°) Les travaux de Mélanie KLEIN

a) Les "divergences" avec FREUD

On peut les résumer brièvement en trois points :

- En ce qui concerne l'instinct de mort : bien qu'elle admette dans toute sa force le dualisme pulsion de vie ~ pulsion de mort, M.KLEIN accorde un rôle majeur à la pulsion de mort dès l'origine de l'existence humaine. Elle la conçoit tout comme FREUD, dirigée vers l'extérieur (origine du mécanisme de projection), mais en plus, elle la considère comme opérante à l'intérieur de l'organisme, y introduisant l'angoisse d'être désintégré, annihilé.

Par ailleurs, M. KLEIN affirme que *"la crainte de la mort est à la racine de tout sentiment de persécution et par conséquent, directement de toute angoisse"* (M. MORTELIER-PHILIPPE dans "Quand le fou se tue"... Thèse LYON 1975).

- FREUD décrit les fantasmes inconscients chez l'enfant naissant vers la seconde, voire même la troisième année de la vie. Pour M.KLEIN, un fantasme inconscient est l'expression mentale des pulsions donc comme celles-ci, il existe dès le début de la vie. Au désir de nourriture correspond le fantasme du sein qui satisfait ce désir.

En fait, on peut considérer que plus qu'une divergence fondamentale avec FREUD, M. KLEIN a développé ce que celui-ci décrivit comme "l'accomplissement hallucinatoire du désir".

- La troisième divergence naît de la seconde : la formation du fantasme est une fonction du Moi. Cela suppose que dès la naissance, il existe un Moi beaucoup plus organisé que ne le postule FREUD, capable d'établir des relations objectales partielles dans le fantasme et dans la réalité.

b) Les stades du développement de l'enfant

- L'angoisse primaire :

M. KLEIN fait naître l'angoisse dès les premiers jours de la vie du bébé. Cette angoisse primaire, liée au traumatisme de la naissance, provient du travail interne de la pulsion de mort.

" Je soutiens que l'angoisse surgit de l'action de la pulsion de mort à l'intérieur de l'organisme, qu'elle est sentie comme une peur de l'anéantissement (de la mort) et qu'elle prend la forme d'une peur de persécution."

Cette peur des pulsions destructrices se rattache d'emblée à un objet, mais par introjection, même si les objets sont ressentis comme extérieurs, ils deviennent des persécuteurs internes et renforcent l'angoisse (la peur des pulsions destructrices à l'intérieur).

La première fonction du Moi sera d'administrer l'angoisse en développant des mécanismes de défense fondamentaux, à travers les phases de développement que sont la position schizo-paranoïde et la position dépressive.

- La position schizo-paranoïde :

Elle peut se caractériser schématiquement de la façon suivante :

. Du point de vue pulsionnel, la libido et l'agressivité (pulsions sadiques orales) liées aux pulsions de vie et pulsion de mort, sont d'emblée présentes et unies. Ainsi, le conflit ambivalentiel naît dès le premier stade oral de succion. L'équilibre entre les pulsions libidinales et agressives, perturbé par les expériences de privation "donne naissance à l'émotion appelée "voracité" qui est d'abord et surtout de nature orale. Tout accroissement de voracité renforce le sentiment de frustration et par conséquent les pulsions agressives".

. L'objet est un objet partiel dont le prototype est le sein maternel.

. Cet objet partiel est *clivé* d'emblée en bon et mauvais objet :

"Il en résulte que le sein, dans la mesure où il gratifie, est aimé et senti comme "bon", et, dans la mesure où il est une source de frustration, est haï et senti comme "mauvais". Cette antithèse très marquée entre le sein "bon" et le sein "mauvais" est due en grande partie au manque d'intégration du Moi, ainsi qu'au processus de clivage à l'intérieur du Moi et dans sa relation avec l'objet."

. Bon et mauvais objets qui résultent du clivage sont de plus soumis l'un et l'autre aux processus *d'introjection et de projection* ce qui contribue à créer une relation double à l'objet primitif.

" Le bébé projette ses pulsions amoureuses et les attribue au sein gratificateur (bon) comme il projette à l'extérieur ses pulsions destructrices et les attribue au sein frustrateur (mauvais). Simultanément, par introjection, un sein "bon" et un sein "mauvais" sont constitués à l'intérieur."

Le sein bon externe et interne devient le prototype de tous les objets aimants et gratificateurs, et le sein mauvais, le prototype de tous les objets persécuteurs internes ou externes.

Dans les expériences de sein gratificateur, celui-ci est ressenti comme entier. L'intériorisation de bons objets contribue à renforcer le Moi lui-même en contre-carrant les processus de clivage et de dispersion nés des expériences de frustration.

A l'inverse, si les expériences de frustration sont trop importantes, ce qui augmente les désirs sadiques oraux et cannibaliques, le bébé sent qu'il a introduit en lui-même le sein morcelé, ce qui fait apparaître le Moi en danger d'être clivé, fragmenté et contribue à son affaiblissement.

. Si le processus de clivage est exagéré (par nécessité de maintenir à distance les bons objets des mauvais), le Moi va utiliser de nouveaux mécanismes de défenses : *l'idéalisation et le déni*.

L'idéalisation est "liée au clivage de l'objet, parce que les aspects bons du sein sont exagérés comme sauvegarde contre la crainte du sein persécuteur."

Elle aboutit à créer l'image d'un sein idéal toujours gratificateur et inattaquable.

" L'idéalisation est ainsi le corollaire de la crainte de persécution "

Poussant à l'extrême le clivage, l'objet bon, idéalisé n'est plus seulement maintenu séparé de l'objet mauvais persécuteur, mais celui-ci est dénié ainsi que la frustration et la persécution qui lui sont liées. Ce déni de la réalité psychique est rendu possible par le *sentiment d'omnipotence* qui caractérise le premier psychisme.

" Le déni omnipotent de l'existence de l'objet mauvais et de la situation douloureuse équivaut pour l'inconscient à leur anéantissement par la pulsion destructrice. "

Ce déni et anéantissement d'une relation objectale va correspondre à un déni et anéantissement d'une partie du Moi d'où émanent les sentiments à l'égard de l'objet. A ce clivage simultané de l'objet et du Moi : idéalisation du bon objet et déni du mauvais objet, M. KLEIN fait remonter les délires de grandeur et de persécution de la schizophrénie.

" Ces premiers objets introjectés constituent le noyau du Surmoi "

. Condensation de tous ces mécanismes de défense, et liée particulièrement à la projection

" L'identification projective est liée principalement au processus de clivage du Moi précoce, au cours duquel les parties bonnes ou mauvaises du self sont clivées du Moi, et sont, dans une phase suivante, projetées à l'intérieur des objets (externes) dans un sentiment de haine ou d'amour, ce qui conduit à une fusion et à une identification des parties du self ainsi projetées avec les objets externes. D'importantes angoisses paranoïdes sont liées à ce processus quand les objets remplis des parties agressives du self deviennent persécuteurs et sont vécus par le patient comme menaçant de se venger par représailles en se réintroduisant dans l'Ego en même temps que les mauvaises parties du Self qu'ils contenaient. " (H. ROSENFEL)

- La position dépressive :

Cette notion de position dépressive est introduite par M. KLEIN en 1934 dans "Contribution à la Psychogénèse des états maniaco-dépressifs" à la suite des travaux de FREUD et d'ABRAHAM (dont elle a été l'élève), sur la Mélancolie.

M. KLEIN décrit dans cette position une phase du développement infantile qui présente une profonde analogie avec le tableau clinique de la dépression.

...". On retrouve régulièrement chez les enfants ce passage entre l'exubérance et l'accablement qui est caractéristique des états dépressifs " (La Psychanalyse des enfants).

Cette position est abordée vers le quatrième mois après la position schizo-paranoïde sans pour cela se substituer de façon définitive à celle-ci. Elle constitue un moment crucial corrélatif d'une série de changements touchant d'une part l'objet et le Moi, les pulsions d'autre part.

. Le nourrisson va reconnaître sa mère comme un objet total. Bons et mauvais objets (externes et internes) se trouvent réunis et l'angoisse persécutoire va faire place à la crainte d'avoir détruit par son agressivité l'objet d'amour (*angoisse dépressive*). Le moi devient aussi un Moi total. De même l'écart, entre l'objet fantasmatique interne et l'objet externe, se réduit.

. Les pulsions agressives et libidinales s'unissent dans la visée d'un même objet, instaurant ainsi l'ambivalence au sens plein du terme. Amour et haine se sont rapprochés et bon sein - mauvais sein, bonne mère - mauvaise mère, ne peuvent plus être maintenus à distance l'un de l'autre comme au stade précédent.

. La projection s'affaiblit tandis que le processus d'introjection s'intensifie. Ceci est dû à la découverte faite par le nourrisson de sa dépendance par rapport à l'objet qu'il perçoit maintenant comme autonome et capable de s'en aller.

" La toute puissance des mécanismes d'introjection orale mène à la peur que les pulsions destructives n'anéantissent non seulement le bon objet externe, mais aussi le bon objet introjecté." (H. SEGAL).

L'angoisse dépressive (de perte d'objet total intérieur ou extérieur) trouve son motif dans le sadisme infantile (moins fort qu'au stade précédent), qui risque sur le plan fantasmatique pour l'enfant de détruire, d'endommager, de provoquer l'abandon.

. A cette angoisse dépressive qui engendre nostalgie et culpabilité, seront opposés des nouveaux mécanismes de défenses :

Les défenses maniaques qui utilisent, plus ou moins modifiées, les défenses de la position schizoparanoïde (dénî, idéalisation, clivage, contrôle omnipotent de l'objet). Ces défenses maniaques sont alors nécessaires au Moi lorsque la position dépressive est à son point culminant. Mais la trop fréquente nécessité d'avoir recours à ces défenses, unira celles-ci à des défenses obsessionnelles (répétitives) ce qui pour M. KLEIN est à l'origine de la pathologie maniaco-dépressive (problème de l'alternance et de la répétition).

. La position dépressive est surmontée et dépassée (à la fin de la "névrose infantile" par les deux processus de l'inhibition de l'agressivité et de la *réparation de l'objet*.

" Le sentiment de dépression mobilise chez le nourrisson le désir de réparer son objet ou ses objets détruits... Le conflit dépressif est une lutte constante entre la destructivité du nourrisson et son amour et ses pulsions réparatrices " (H. SEGAL).

La réparation, tentative de restauration véritable, ne peut être considérée à proprement dire comme une défense, car elle se fonde sur la reconnaissance de la réalité psychique, (réparer dans l'imaginaire ce qui a été détruit dans l'imaginaire). Elle est à l'origine de la créativité et de la sublimation, et s'oppose à la réparation maniaque ou obsessionnelle.

. Le complexe oedipien commence à se développer pendant la position dépressive dont il est partie intégrante. L'enfant reconnaît sa mère comme objet total, c'est-à-dire qui peut être indépendant de lui et avoir des relations avec le père.

" Il fantasiera ses parents échangeant des gratifications orales, urétrales, anales ou génitales, selon la prévalence de ses propres pulsions, qu'il projette en eux." (H. SEGAL)

Le caractère du Surmoi change et donne lieu à la formation de l'Idéal du Moi, tandis que le Moi, devenant de plus en plus organisé, va accéder aux mécanismes névrotiques, (inhibition, refoulement, déplacement), le refoulement surtout succédant au clivage.

c) La complémentarité aux travaux de FREUD

Ainsi, à partir du traitement analytique appliqué aux enfants et aux adolescents d'une part, et aux patients psychotiques présentant des intrications d'épisodes délirants dissociatifs persécutatoires avec des épisodes mania-co-dépressifs d'autre part, M. KLEIN a découvert deux catégories de fait :

- En premier, elle constate que certains mécanismes psychotiques et dépressifs rencontrés chez les patients adultes, se retrouvent dans le développement normal de l'enfant.

- En second, elle montre qu'il existe une identité de structure entre les mécanismes psychotiques et dépressifs, et notamment une identité de structure entre les expériences de persécution et de dépression d'une part, et entre dépression et manie d'autre part. Cette dernière notion avancée depuis FREUD dans "Deuil et Mélancolie" n'a pris toute son importance que dans l'oeuvre de M. KLEIN.

C'est à partir de ces données cliniques que M. KLEIN a élaboré sa théorie sur le développement autour des deux étapes fondamentales dynamiques : position schizoparanoïde - position dépressive.

Un dernier point nous paraît important à signaler : c'est cet aspect dynamique accordé à la relation mère-enfant, dans ses deux sens (bons et mauvais objets, internes et externes). Ceci permet de mieux comprendre le rôle de la mère dans son caractère actif. C'est ainsi qu'une structuration maturante de l'enfant est en grande partie tributaire de l'aptitude de la mère à élaborer avec son enfant les positions schizo-paranoïde puis dépressive (ce qui l'amène à se confronter elle-même avec le vécu inconscient de ses propres positions infantiles). De cette aptitude dépendra en grande partie le développement chez l'enfant des mécanismes de réparation, non pathologiques, et le dépassement de la culpabilité.

Chapitre III : DEPRESSION, PSYCHOSE et NARCISSISME

=====

Nous avons déjà évoqué le terme de narcissisme à propos de la relation d'objet du déprimé, puis lors du rappel des travaux psychanalytiques de FREUD.

Il n'est point pour nous question dans ce chapitre de développer le concept de narcissisme, ni même de faire un exposé exhaustif de tous les travaux concernant le narcissisme depuis FREUD. Nous voulons seulement rappeler quelques grands thèmes concernant le narcissisme, stade d'évolution d'où naissent les mécanismes de défenses psychotiques et dépressifs.

A - " Pour introduire le Narcissisme "

Avec LAPLANCHE et PONTALIS "Vocabulaire de Psychanalyse", nous pouvons voir que le terme de narcissisme apparaît pour la première fois dans l'oeuvre de FREUD en 1910 pour rendre compte du choix de l'objet chez les homosexuels :

" Ils partent du narcissisme et cherchent des jeunes gens qui leur ressemblent qu'ils puissent aimer comme leur mère les a aimés eux-mêmes."

En 1911 dans le cas SCHREBER, le narcissisme est décrit comme un stade de l'évolution sexuelle, intermédiaire entre l'auto-érotisme et l'amour objectal.

Enfin avec "Pour introduire le narcissisme" (1914) FREUD introduit ce concept dans l'ensemble de la théorie analytique.

" (Dans la Schizophrénie), la libido retirée du monde extérieur a été apportée au Moi, si bien qu'est apparue une attitude que nous pouvons nommer narcissisme."

C'est la déception objectale qui conduit au réinvestissement du Moi et à la perte de la réalité, et FREUD attribue au narcissisme la primauté du fonctionnement mental selon le mode fantasmatique.

A cette époque, bien que dans cet article, FREUD évoque déjà le problème d'un narcissisme primaire et d'un narcissisme secondaire, ce qui importe pour lui c'est surtout le problème d'une identification narcissique. Ceci l'amènera à distinguer comme nous l'avons vu dans "Deuil et Mélancolie", les névroses de transfert, des affections narcissiques (psychoses).

"La voie d'accès principal (au narcissisme) restera sans doute l'analyse des paraphrénies."

Avec la deuxième topique, FREUD individualisera plus nettement le narcissisme primaire du narcissisme secondaire.

Le narcissisme primaire désignera un état précoce du développement où l'enfant investit toute sa libido sur lui-même. C'est un état anobjectal antérieur à la constitution d'un Moi dont la vie intra utérine serait l'archétype. Un tel état correspondrait à la croyance de l'enfant à la toute puissance de ses pensées.

Le narcissisme secondaire désignera un retournement sur le Moi de la libido retirée de ses investissements objectaux.

FREUD développera essentiellement le problème du narcissisme secondaire ce qui l'amènera dans "Névrose et Psychose" (1924) à distinguer comme nous l'avons déjà vu, les névroses de transfert, les psychonévroses narcissiques (états dépressifs et maniaco-dépressifs) et les psychoses.

Pour M. KLEIN, dans la mesure où elle postule des relations objectales dès le début de la vie, on ne peut parler de stades narcissiques primaire et secondaire au sens freudien, mais plutôt "d'états narcissiques" définis par un retour de la libido sur des objets intériorisés.

B - La Culpabilité

La culpabilité, sentiment issu du narcissisme en ce qu'elle naît des rapports du Moi avec l'idéal du Moi et le Surmoi, est un élément fondamental comme nous l'avons vu dans notre premier chapitre, pour distinguer la dépression névrotique de la dépression psychotique.

Nous pouvons avec ROSOLATO dans "L'axe narcissique des dépressions" étendre cette distinction par la culpabilité à la névrose et à la psychose. La culpabilité est le plus souvent inconsciente (refoulée) dans la névroses, alors qu'elle apparaît généralement "parlante" dans la psychose.

La dépression étant aussi une souffrance en rapport avec la culpabilité, lorsque nous envisagerons celle-ci dans l'évolution d'un état psychotique, la culpabilité exprimée ou non par le patient nous apparaîtra alors comme un élément clinique important quant à l'évolution et la tentative de résolution de l'état psychotique en question.

" L'évaluation évolutive de la dépression se fera donc en fonction de la culpabilité, qu'elle soit camouflée, c'est-à-dire refoulée ou forclosée, ou apparente, fixée à la faute idéale du narcissisme."

C - Le Traumatisme - La blessure narcissique

En ce qui concerne la psychose, nous pouvons rappeler avec GUYOTAT ("Aspect du narcissisme dans les psychoses") le problème de l'atteinte narcissique primaire, le Moi morcelé. On peut distinguer dans le sens synchronique :

-*"Le corps représenté fantasmé qui est vécu comme morcelé"* et la perte des limites du Moi.

- Le patient vit son entourage comme dangereux, persécutoire et se vit aussi dangereux pour son entourage d'autant qu'il vit sa pensée comme toute puissante.

Dans le sens diachronique :

" Le psychotique se débarrasse de son angoisse de morcellement dans une sorte de mégalomanie, en se vivant donc sans commencement, ni fin, notamment sans ascendant, ni descendant. Les parents réels sont plus ou moins remplacés par des parents idéalisés."

On peut ainsi dire que le psychotique échappe à l'ordre du symbolique.

En ce qui concerne le déprimé, ROSOLATO dans "l'Axe narcissique des dépressions", nous rappelle le problème de l'écart entre la réalité du traumatisme et les images et fantasmes qui s'y rattachent, ainsi que le problème de la répétition des crises dépressives :

" On ne peut qu'être frappé dans la dépression par les aspects de déplaisir, de vide, et par leur réitération, comme s'il fallait éprouver plus et complètement ce manque."

Sur le plan évolutif, on peut distinguer le problème de la régression constituée par la dépression mélancolique qui peut être considérée paradoxalement comme un échec en quelque sorte des mécanismes dépressifs (de la position dépressive), les persécuteurs étant internalisés. (analogie entre mélancolie et paranoïa intériorisée), et le problème de la dépression simple qui :

" n'en est pas moins, cependant, par son aridité, par le dépouillement des mesures défensives - projection paranoïaque ou défenses maniaques -, une critique, un épuisement, un dépassement, une démystification de ces mécanismes devenus caducs."

D - La Relation à la Mère - Relation contenant - contenu

Nous emprunterons encore à ROSOLATO dans son article " l'axe narcissique des dépressions", la description des trois caractères de cette relation à la mère de type contenant-contenu : l'incorporation orale - le refuge matriciel et la relation somato psychique.

1°) L'incorporation orale

Nous avons vu avec les travaux de M. KLEIN, l'importance des premières relations d'objet partiel à la mère et en particulier l'importance des phénomènes de projection et d'introjection lors des positions schizoparanoïde et dépressive et leur importance dans la constitution des bons et mauvais objets internes et externes. Lors de la position dépressive, l'introjection devient prévalente.

L'incorporation orale et ses quatre étapes décrites par ABRAHAM (Expulsion - Réincorporation et destruction - Conservation intra-corporelle de l'objet - Expulsion libératrice), est à différencier de l'introjection et de l'identification. Cette incorporation orale qui est le mécanisme qui prédomine dans la dépression psychotique est un fantasme qui adopte comme solution à une tension, un conflit, l'intervention corporelle orale digestive destructrice et sadique; tandis que l'introjection est un dépassement de cette opération orale digestive avec entrée dans le champ psychique.

C'est ainsi qu'il nous faut encore remarquer que pour que la dépression ait un aspect maturant, il faut que les quatre stades de l'incorporation orale se déroulent et l'apport d'une aide est capitale au quatrième stade (expulsion) afin que le cycle ne reprenne pas (transformation de l'incorporation en introjection, et donc entrée dans le champ de la conscience).

2°) Le refuge matriciel

C'est le recours à une puissance protectrice évoquant le retour à la vie intra-utérine. Cette régression, opérée tant par le psychotique que par le déprimé simple, est cependant toujours imprégnée d'ambivalence. En effet, une telle position est toujours menacée par le danger fantasmatique d'être détruit et de détruire la cavité utérine.

Cependant, le conflit ambivalentiel étant moins intense chez le déprimé, ce recours au refuge matriciel apparaîtra davantage lors des accès dépressifs dans l'évolution des psychoses. On constate alors cliniquement : l'isolement, la rupture des liens sociaux, mais aussi la recherche d'une relation privilégiée de dépendance et de maternage avec une seule personne ou avec le thérapeute.

3°) La relation somato-psychique

" Dans la dépression, la concentration douloureuse devient le noyau qui se rétracte dans le corps. Toute la réalité psychique se réduit à cette souffrance. La plupart des relations extérieures s'effacent dans ce repli. Le corps prend valeur de contenant qui doit en porter la charge."

Dans la mélancolie, cette relation contenant-contenu s'inverse, le corps prend valeur du contenant et tend à devenir contenu. La persécution est internalisée, (le mélancolique dit : mon corps est mauvais) et garde toujours ses effets destructeurs.

Il nous faut encore signaler un dernier aspect de cette relation à la mère, contenant-contenu, qui joue un rôle fondamental dans la psychogénèse des troubles dépressifs, c'est l'identification à la mère souffrante (mère dépressive en particulier) que nous avons entrevue à la fin de notre exposé sur la position dépressive.

E - Les Relations de type narcissique

1°) La Relation d'objet narcissique

LAPLANCHE et PONTALIS définissent le choix d'objet narcissique comme "un type de choix d'objet qui s'opère sur le modèle de la relation du sujet à sa propre personne, et où l'objet représente la personne propre sous tel ou tel aspect... Ce choix d'objet narcissique s'oppose au choix d'objet par étayage en ce qu'il n'est pas la reproduction d'une relation d'objet pré-existante, mais la formation d'une relation d'objet sur le modèle de la relation du sujet à lui-même."

Pour GUYOTAT, dans "Aspect du narcissisme dans les psychoses", c'est ce mode de relation qui caractérise d'une part le déprimé et d'autre part les psychoses avec mouvements dépressifs au premier plan, psychoses qui tirent bénéfice d'une chimiothérapie antidépressive (psychoses de type II). Ce mode de relation se caractérise de la façon suivante :

- Développement avec autrui d'un système d'investissement mutuel, ce qui aboutit à une gratification narcissique réciproque.

- Le patient utilise ce mode de relation de façon prévalente par rapport au mode de relation libidinale.

- L'objet y est généralement "idéalisé" et le sujet s'identifie à cet objet idéalisé. (On trouve à la base de ce mécanisme le sentiment de toute puissance infantile).

Tous ces éléments laissent entrevoir le risque d'un effondrement dépressif et les rechutes délirantes dans les psychoses de type II apparaissent le plus souvent comme des tentatives avortées de lutte contre la dépression.

Dans cette relation d'objet narcissique, le sujet va rechercher :

- soit en autrui un Moi auxillaire.
- soit il recherche en autrui ce qui est semblable à lui-même en ignorant ce qui peut différer.
- ou il recherche en autrui ce qui lui paraît comme la partie complémentaire destinée à venir combler un manque (relation en "miroir", relation "imaginaire").

A l'origine de cette relation, on peut voir aussi avec LECLAIRE et ROSOLATO la référence à l'image du "représentant narcissique primaire", du "double narcissique", représentant du Moi idéal, c'est-à-dire représentant des désirs de la mère et du père.

"Ainsi reste-t-il pour l'adulte une image narcissique, (l'enfant) qui tendrait à compenser dans la génération à venir les insatisfactions parentales. Elle correspond au Moi idéal."

2°) La "structuration" homosexuelle

A propos des psychoses avec fluctuations dépressives, GUYOTAT et Coll. avaient dès 1966, dans leurs interventions au congrès de WASHINGTON, insisté sur la fréquence des thèmes homosexuels, délirants ou non, chez ces patients. Cette thématique apparaît souvent sous l'aspect d'un syndrome d'automatisme mental.

" Le malade craint et désire être pénétré par une personne qui est investie du rôle d'objet complémentaire."

Cet élément apparaît dix ans après dans "Pour une nouvelle classification des psychoses" comme l'élément prévalent de la structure des psychoses de type II. Pour MARIE-CARDINE, ces éléments homosexuels forment une véritable "structuration" homosexuelle en relation avec la problématique anale, (passage du stade sadique anal destructif expulsif au stade sadique anal rétentif, qui doit-on le remarquer, marque pour la plupart des auteurs la frontière clinique entre la névrose et la psychose).

La structuration en psychose de type II dépendrait donc en grande partie de l'élaboration partielle du stade sadique anal ultérieur ("cette thématique homosexuelle témoigne à notre avis, d'une potentialité relationnelle restante") et donc de la possibilité de garder en soi des bons objets intériorisés.

Pour ROSENFELD dans "Etats psychotiques", les mécanismes à la base de l'homosexualité latente peuvent être aussi en relation avec la phase narcissique précoce du développement qu'est la position schizoparanoïde. Certains mécanismes de l'attrait narcissique homosexuel seraient alors dans ces cas beaucoup plus archaïques que les mécanismes évoqués précédemment et en particulier l'identification à la mère qu'avait décrit FREUD. Ces mécanismes seraient déterminés par l'identification projective de la position schizo-paranoïde.

3°) L'identification projective

Ce mécanisme que nous avons déjà évoqué, naît de la position schizo-paranoïde. Cette position n'est jamais totalement "effacée" et le sujet peut toujours même plus tard, avoir recours à certains de ses mécanismes et en particulier à l'identification projective, qu'il soit sur le plan clinique, psychotique ou névrotique.

ROSENFELD distingue deux types d'identification projective :

- l'une utilisée pour débarrasser le self de ses parties indésirables et pour le déni de la réalité psychique.

- l'autre utilisée pour la communication avec d'autres objets.

Ces deux processus d'évacuation et de communication peuvent exister simultanément ou alternativement chez le patient psychotique. Pour ROSENFELD, au niveau d'une pratique psychothérapique, il y a lieu de bien distinguer ces deux types d'identification projective et de comprendre et interpréter au patient sa

tentative de communication. Cette attitude permettra au patient de développer des processus d'introjection et de développer son Moi.

" Cette situation donne alors la possibilité au patient d'apprendre à tolérer ses propres pulsions et les interprétations de l'analyste rendent les réponses et les sentiments infantiles accessibles à la partie perdue du self qui peut alors penser à ce vécu qui était précédemment effrayant et n'avait pas de sens pour lui."

Nous avons essayé de décrire brièvement les différents modes de relation issus du narcissisme, qui tant chez le déprimé que chez le psychotique, prévalent sur le mode de relation libidinal. Si le lien théorique exact entre l'identification projective, la "structuration" homosexuelle, la relation d'objet narcissique reste pour nous encore à faire, il nous semble cependant qu'il s'ouvre là une possibilité de compréhension du passage du stade d'une relation d'objet partiel à la relation d'objet total. Ceci peut aussi recouvrir le passage d'un état psychotique à angoisse de morcellement prédominante à un état psychotique plus structuré où prédominent les manifestations dépressives. (On remarquera aussi que cela recouvre sur le plan structural le passage de la position schizoparanoïde à la position dépressive.)

F - " Narcissisme normal " et "Narcissisme pathologique"

On peut considérer que cette distinction est née de la notion de réaction thérapeutique négative.

FREUD ("Analyse terminée et analyse interminable") pensait que la réaction thérapeutique négative était le résultat d'un sentiment de culpabilité inconscient et insurmontable. Il faisait aussi remarquer qu'à l'origine de ce sentiment de culpabilité il y avait une surenchère entre le sadisme du Surmoi et le masochisme du Moi. Le sadisme et le masochisme dérivant de la pulsion de mort, FREUD rattachait cette réaction thérapeutique négative à l'instinct de mort et en faisait une limite à l'abord psychanalytique.

Depuis, J. RIVIERE, K. HORNEY et M. KLEIN, ont découvert d'autres motifs à la réaction thérapeutique négative et J. RIVIERE et M. KLEIN, en particulier, ont montré que cette réaction pouvait apparaître pour éviter l'Envie. (Problème du Surmoi envieux, la culpabilité survenant lorsqu'il y a progrès). Une autre cause à la réaction thérapeutique négative peut être constituée par une réaction maniaque afin d'éviter la confrontation avec les problèmes psychotiques dépressifs.

Pour ROSENFELD, une des causes de la réaction thérapeutique négative provient de ce que, dès qu'il y a progrès dans l'analyse, il y a souvent conflit entre "les parties saines" qui reconnaissent le travail de l'analyste et les "parties malades" qui prétendent avoir fait elles-mêmes le travail de guérison. Tout ce qui vient alors de l'analyste est vécu comme des reproches et des accusations.

ROSENFELD rattache ce fait à un aspect *"du narcissisme qui prend ses racines dans la première enfance et qui se rapporte à l'appropriation délirante omnipotente du corps de la mère, surtout son sein et sa créativité."* Il nomme cet aspect du narcissisme : *"narcissisme délirant."*

D'autre part, ROSENFELD constate que fréquemment, lorsqu'on arrive à comprendre et à interpréter correctement les mécanismes du "narcissisme délirant", il y a à nouveau possibilité pour le patient de collaborer et de progresser. Ainsi la réaction thérapeutique négative, très fréquente chez le patient psychotique ne reste plus un cul de sac, mais au contraire peut être un élément dynamique mobilisable dans l'analyse.

Ces dernières découvertes à propos de la réaction thérapeutique négative et des différents aspects du narcissisme (" narcissisme délirant " ou " narcissisme destructeur ") nous paraissent particulièrement importantes dans les tentatives pour comprendre les mécanismes de blocage dans l'évolution de certaines psychoses et en particulier les difficultés pour ces psychoses d'évoluer à travers un processus dépressif maturant.

DEUXIEME PARTIE

- ETUDE CLINIQUE -

AVERTISSEMENT

=====

Nous nous permettons de préciser que nous avons assez bien connu les patients dont les observations font l'objet de ce travail.

Nous les avons rencontrés à différentes époques de leur vie, à différents stades de notre formation d'interne, les perdant de vue, parfois un certain temps, les rencontrant à nouveau, dans un rôle qu'on peut qualifier "à responsabilité thérapeutique" (unité de soins ou consultation), parfois simplement à l'occasion d'une rencontre dans l'hôpital ou en dehors de l'hôpital, au gré des hasards de la vie.

A différents moments, dans différentes conditions, nous avons été avec chacun d'entre eux : "en relation", c'est-à-dire pour employer un terme bien ambigu du jargon psychiatrique, qu'ils ont été l'objet d'un investissement de notre part.

Ceci pourra peut être expliquer certaines analyses ou réflexions à l'allure quelque peu artisanes.

Il n'est cependant pas de notre propos de mettre en doute la conscience et la bienveillance de ceux qui travaillent dans les conditions difficiles que nous avons bien connues, mais simplement d'essayer d'illustrer le plus justement possible les difficultés qu'il y a à soigner des patients souffrant d'affections mentales dans une institution comme l'hôpital psychiatrique, institution lourde de son passé asilaire, souvent non thérapeutique, voire anti-thérapeutique en elle-même ou du moins dans ses structures actuelles.

Nous avons préféré limiter notre étude clinique à trois observations en essayant de les développer de façon chronologique afin de mieux percevoir dans le temps la dynamique des signes dépressifs présentés au cours de l'évolution de l'état psychotique initial présenté par ces patients.

Par ailleurs, ces observations sont issues de services hospitaliers qui étaient et sont encore souvent particulièrement mal équipés pour organiser une prise en charge de post-cure. Le secteur extra hospitalier ne comportant pas de personnel infirmier se résumait à une consultation hebdomadaire effectuée en principe par le médecin chef de service dans un dispensaire de secteur.

Nous devons préciser encore que nous avons choisi délibérément des exemples cliniques dont l'évolution n'est pas particulièrement des plus favorables. Car, dans le cas d'évolution vers un processus de "guérison" plus positif chez des patients présentant des structures psychologiques analogues, d'une part nous avons presque tout le temps rencontré une prise en charge plus importante, de type psychothérapique, et il ne nous a pas été toujours possible de prendre connaissance du matériel clinique relationnel, et d'autre part, nous ne disposons pas d'un recul suffisant pour confirmer la stabilité des bonnes restructurations obtenues chez ces patients.

OBSERVATION N° 1 : Marc F. né en 1948

=====

Marc est hospitalisé à l'hôpital psychiatrique départemental en Septembre 1970. Il a vingt-deux ans et vient d'un service de chirurgie où il avait été admis à la suite d'une tentative de suicide.

Les circonstances de cette tentative de suicide ont été particulièrement tragiques. En effet, Marc, en plein accès délirant, s'est jeté d'un train en marche, à quelques kilomètres de Lyon et le train suivant est passé sur lui alors qu'il se trouvait inanimé entre les rails.

Marc se présente donc à son entrée dans le service comme un polytraumatisé, n'ayant plus de préoccupation suicidaire, recherchant plutôt le contact avec les autres, légèrement hypomaniaque et logorrhéique. Très anxieux, il présente de nombreuses fausses reconnaissances et extériorise un important délire de filiation.

Le diagnostic porté à l'entrée est : schizophrénie paranoïde.

Etude Biographique :

Marc est fils unique. Son père, comptable devenu "chef d'entreprise dans une maison de verre en gros", est décrit comme un homme autoritaire et exigeant, surtout préoccupé par son travail. Sa mère, femme anxieuse, couturière de son métier, occupe un emploi de vendeuse. Marc a été élevé au foyer par sa grand'mère paternelle décrite par Mme F. comme une personne acariâtre, toujours en rivalité avec sa belle-fille. Mme F. rend responsable sa belle-mère du climat familial de mauvaise entente conjugale, ainsi que de l'absence de relations amicales avec d'autres familles.

Mr et Mme F. se sont très rapidement résolus à ne pas avoir d'autres enfants car, après un accouchement très difficile, Marc leur a "toujours donné beaucoup de peines dès son plus jeune âge". Et Mme F. a toujours pensé que "si elle avait une deuxième grossesse, celle-ci se terminerait très mal."

Au niveau des antécédents familiaux : une tante maternelle et une cousine paternelles ont fait des séjours en milieu psychiatrique; Mme F. a "fait de la tension nerveuse."

L'histoire de Marc commence donc par un accouchement particulièrement pénible, survenant après une grossesse qui s'est déroulée dans un climat de conflits familiaux.

Dès les premiers jours, des difficultés importantes apparaissent : Marc nouveau-né est anorexique. Il refuse de têter, refuse le biberon et dès l'âge de trois mois n'accepte d'être nourri qu'à la petite cuillère. Ces problèmes d'alimentation subsisteront jusqu'à l'âge de huit ans : "Il fallait toujours faire des grimaces pour le faire manger", et seront vécu par les parents "comme un véritable calvaire".

A l'école maternelle, Marc est considéré comme un enfant docile, rêveur, hyperémotif. Il pleure souvent lorsqu'on veut lui faire faire quelque chose. Mme F. signale que Marc avait "une mémoire extraordinaire, et savait tous les départements par la forme lorsqu'il faisait des puzzles."

A l'école primaire, Marc n'aime pas le sport et recherche plutôt la compagnie des filles. A l'adolescence, c'est l'inverse, Marc n'a pratiquement qu'un seul copain avec lequel il aime jouer aux cartes et aux échecs et craint les filles. "ça le choquait, il disait qu'il ne pouvait fréquenter une fille et l'embrasser..."

Au lycée, Marc a beaucoup peiné et a redoublé la sixième et la seconde. Obtenant tout de même le BEPC, il sera orienté sur des études de comptabilité. Son père lui reprochera très souvent et violemment ses échecs scolaires.

Le début des troubles :

Alors qu'il redouble sa seconde technique dans un autre lycée, Marc est très "perturbé" par la réception de sa convocation de service militaire. Anxieux, il répète sans cesse qu'il ne veut pas partir au régiment car il n'est pas comme les autres.

Les résultats scolaires deviennent de plus en plus mauvais et les parents estimant préférable d'arrêter les études de Marc lui trouvent une place à la Trésorerie (emploi temporaire).

Après cinq mois de travail, Marc sera révoqué avec le motif "manque de zèle, désinvolte."

Au mois de Février 1968, Marc se met brusquement à délirer sans présenter des troubles du comportement. Il raconte que sa mère n'est pas sa mère, qu'il est de descendance divine, qu'il ressemble au Pape... Le Trésorier payeur se trouve aussi dans ce délire.

Les parents ayant peur de le brusquer attendent quelques jours, puis se décident tout de même et l'emmènent en consultation à l'hôpital Neurologique.

Le médecin qui voit Marc lui prescrit de l'Haldol et conseille une hospitalisation en clinique privée loin de la région lyonnaise. Après quelques jours (le traitement ayant été mis dans les boissons à l'insu du malade), Mr et Mme F. se décident à faire partir Marc pour la clinique indiquée.

Cette première hospitalisation dure neuf mois environ et après une série d'électro-chocs et une cure neuroleptique à fortes doses, Marc est "relativement stabilisé". De retour à Lyon, Marc reprend un emploi mais est obligé de s'arrêter car il est très asthénique, ce qui est mis sur le compte d'un traitement d'entretien trop important.

Marc reprend contact avec le psychiatre qui l'avait vu avant son séjour en clinique qui lui conseille de faire une psychothérapie chez un autre thérapeute. Ce traitement est alors surtout souhaité par la mère de Marc car "il lui faisait des confidences qu'elle estimait qu'il aurait été préférable de faire à une autre personne."

Le psychothérapeute contacté lui donne un délai de quelques mois pendant lequel Marc reçoit une réponse négative à sa demande de F.P.A. Puis il perd petit à petit le sommeil et devient de plus en plus angoissé jusqu'en Septembre 1970 où il fait sa tentative de suicide en se jetant d'un train. Après quinze jours passés en service de chirurgie, Marc est transféré à l'hôpital psychiatrique.

Etude Clinique :

=====

Première hospitalisation à l'hôpital psychiatrique

(Septembre 1970 - Décembre 1970)

Au début, Marc exprime un délire de filiation. Il se dit descendant de familles royales (d'Angleterre, de Prusse), d'Hitler, des Papes d'Avignon; né probablement en Suisse. Il mêle à ce délire des personnes qu'il a connues ou dont il fait la connaissance dans le service (trésorier payeur, collègue de lycée, médecin chef). Il déclare être au courant de tout ceci car "Dieu lui l'a dit" et il a "l'intuition divine".

Il évoque aussi fréquemment des thèmes de risque de guerre, et explique à travers son délire son problème avec les filles. Il dit ne pouvoir se marier car il n'est pas comme les autres; il a le coeur de l'autre côté et surtout sa filiation exceptionnelle lui confère trop de puissance : "... c'est-à-dire se marier avec moi, c'est viser trop haut... Il faut une fille qui soit soutenue par quelqu'un de très important pour être aussi puissante que moi..."

Marc exprime aussi surtout l'agressivité qu'il ressent contre son père : "Il m'a toujours cloué le bec. Je n'ai jamais pu donner mon avis."

Il reparle aussi de sa première crise psychotique aiguë : les filles lui faisaient des signes bizarres dans la rue ce qui déclenchait chez lui des érections et "les psychiatres ont fait croire à ma mère que j'étais homosexuel". Il dit d'ailleurs très souvent avoir peur d'être pris pour un homosexuel car "les filles ne lui disent pas grand chose".

Très angoissé, Marc est aussi très versatile, tantôt il s'isole, tantôt il est plutôt jovial et accoste tout le monde, se confiant plus volontiers au personnel soignant féminin.

Sous l'influence d'un traitement neuroleptique incisif et important (MAJEPTIL-NOZINAN), on assiste à une sédation progressive de l'angoisse. Le délire est toujours aussi important mais il semble vécu avec moins d'intensité.

Ceci permettra à Marc de rationaliser les raisons de sa tentative de suicide :

" Je me sentais mal et je voulais rentrer en clinique. Mais quel médecin aurait voulu m'hospitaliser, j'étais tout à fait normal... Pour me faire hospitaliser, je n'ai vu comme solution que prendre le train et sauter en marche et au moins ce sera ou la mort ou l'hôpital".

Après un mois de séjour, on accorde à Marc une permission de fin de semaine. Il en revient content, en disant qu'il n'a pas parlé de sa généalogie à sa famille "car ce serait comettre une indélicatesse... et de toute façon personne ne croit à ces idées... mais je suis persuadé que tout est vrai."

Marc prétend aussi que toutes les filles maintenant tombent amoureuses de lui, une jeune patiente, une infirmière etc... "je suis un objet de jalousie pour les femmes... Elles me cherchent toutes..."

Lorsqu'on met en doute ses idées délirantes, Marc se défend très violemment : "si je ne pense plus à toutes ces idées de puissance et d'Hitler, je tomberai malade... J'ai déjà essayé une fois..."

"J'y tiens à mes idées, il me les faut sinon je ne serais pas heureux, vous ne savez pas la jeunesse que j'ai eue, je n'ai jamais été heureux avec mon père qui est un vrai tyran et ma jeunesse n'était pas drôle, mes parents ne sortent jamais, ils n'ont pas d'amis... J'étais seul chez moi sans argent... et dites moi pourquoi je ne peux pas draguer, pour moi c'est du sadisme..."

Passe encore un mois, Marc sort souvent de l'hôpital pour chercher du travail, et se sent moins persécuté bien qu'il lui semble encore que "certains infirmiers communistes le surveillent." On envisage sa sortie juste avant les fêtes de Noël, avec un traitement de 80mg de MAJEPTIL, 25mg de NOZINAN et un Valium.

"Tout ce que je vous disais, j'y pense plus, ça me fait rigoler... j'en ai pris l'habitude, ne parlons plus de ça, pour le moment c'est classé... Quant à mes parents, ils ne me ressemblent pas, mais ils ont fait tellement pour moi que je fais comme si c'était les miens..."

- La post - cure : de Décembre 1970 à Mars 1973

Pendant plus de deux ans, Marc sera vu régulièrement en consultation par le même médecin, d'abord à l'hôpital, puis au dispensaire du secteur. Nous relaterons essentiellement les entrevues où se manifestent les intrications entre phénomènes psychotiques et dépressifs.

Janvier 1971 : Marc dit qu'il ne pense plus à ses "idées. "C'est une affaire
----- classée... Je pense que mes parents sont mes vrais parents, mais qu'ils sont peut être de descendance royale..."

Se dit déprimé car ne trouve pas de travail.

Septembre 71 : Marc travaille depuis six mois comme agent de bureau. Ses employ-
----- eurs, dit-il, sont satisfaits de lui. Mais il craint toujours au travail la proximité des femmes. "J'ai encore quelques problèmes avec le sexe féminin, je ne peux l'expliquer... il y a des filles qui me plaisent, mais j'ai des complexes avec elles... J'ai toujours peur qu'elles sachent que j'ai été malade..."

Il semble par ailleurs que ses parents le poussent à "trouver" une

jeune fille et à se marier et prendre un studio.

Marc se plaint aussi d'angoisses et de sensations bizarres qui surviennent au milieu de la matinée. La nuit, il dort moins bien, fait des cauchemars.

" Je parle moins, le soir chez moi je dis que ça va, mais ça ne va pas..."

On note dans l'observation : "Marc fait donc un petit épisode dépressif anxieux, on ajoute à son traitement un peu d'INSIDON".

Janvier 71 - Février 71 -

Marc change souvent d'emploi (travail intérimaire) ce qui ne semble pas mal lui convenir.

Il va danser tous les dimanches et se promène parfois avec une ancienne maîtresse de l'hôpital.

En Janvier, il vient consulter spontanément, tourmenté, anxieux, au bord des larmes alors qu'il était apparu deux semaines auparavant plutôt hypomaniaque. Il se plaint de ses difficultés au travail qui semblent d'ordre persécutoire : "Tout le monde m'est après... Ils ne se moquent pas de moi mais..."

Ses idées de grandeur sont revenues (ses parents sont de descendance royale) : "Ca vous paraît ridicule, mais ça m'obsède... ça me fait rêver... ça me fait plaisir en somme..."

Le traitement (MAJEPTIL) est augmenté et Marc, une semaine après, ne délire pour ainsi dire plus, mais "Je suis plutôt déprimé, j'ai le moral à bas, j'ai pas de goût à travailler, je suis perdu."

Cet état de dépression l'oblige à quitter son travail. Il reçoit alors un traitement antidépresseur (TOFRANIL) ce qui améliore son état jusqu'en fin Février où il y a à nouveau une recrudescence des idées délirantes qui oblige à arrêter les antidépresseurs et à augmenter les neuroleptiques.

Mai 1972 : Après l'échec d'une tentative de changement de chimiothérapie en
----- Mars 1972 (TRILIFAN à la place de MAJEPTIL) qui occasionne un état dépressif avec recrudescence anxieuse puis rechute des idées délirantes, Marc se présente en Mai 1972 à la consultation, de façon plutôt euphorique. Il parle spontanément de "ses idées" : "C'est quand je suis seul que ça revient" (gros rire!) "Mais je sors de chez moi et ça va."

"Mes idées c'est comme un drogué qui prend la drogue pour s'évader... Si la télévision parle du Troisième Reich, d'Hitler, ça m'y fait penser; ou si on parle de la Reine d'Angleterre, pendant un moment, ça m'évade, c'est comme un drogué... Je suis pas plus heureux, ni malheureux... Ca dure depuis longtemps, depuis plus de dix ans, même en troisième déjà, j'avais des idées bizarres, les mêmes que maintenant : je me disais : que ferais-je si j'étais Président de la République, ou roi de Prusse, quelle politique je ferais... la TV... je me dis, tiens je pourrais prendre celui-ci comme premier ministre..."

Janvier 1973 : Pendant une période de six mois, Marc est assez bien stabilisé cliniquement, en dehors de quelques recrudescences d'idées de persécution (provoquées par les femmes qui travaillent dans son entourage).

Il utilise toujours son "sub-délire de filiation" et reçoit depuis quatre mois un traitement neuroleptique retard (PIPORTIL) qui a été substitué au MAJEPTIL dont il se montre content : "je n'ai jamais été si bien".

Cependant, il change toujours souvent d'emploi et son père commence à lui reprocher d'être encore à la charge de ses parents :

" Mes parents me trouvent moins soumis depuis que je ne prends plus de MAJEPTIL... Ils me disent que cette piqure (PIPORTIL) me rend agressif, et pourtant je me sens mieux."

" Mais j'ai des problèmes sentimentaux, je suis trop seul, j'aimerais connaître une fille, mais elles ne pensent qu'à s'amuser et j'ai besoin de quelqu'un qui me comprenne, qui me remonte le moral. Mais il y a quelque chose qui empêche les filles d'aller vers moi;" et Marc évoque à nouveau tout le problème de sa filiation.

Ainsi, à peine Marc semble amorcer un léger mouvement dépressif, immédiatement ou presque, ressurgissent "ses idées".

Lors d'une consultation suivante, Marc parle de plus en plus de ses sentiments de dépression et des sentiments de persécution qui réapparaissent, les gens se moquent de lui dans la rue...).

Il demande alors d'être hospitalisé, ce qui lui est accordé, mais dans un nouveau service à l'hôpital psychiatrique, pour des raisons de changement de secteur.

De Mars 1973 à Janvier 1976 :

Après deux très courts séjours dans le nouveau service dont Marc dépend maintenant, Marc vient régulièrement en consultation une fois par mois (injection de Neuroleptique Retard). Puis en Septembre 1973, une hospitalisation se révélant à nouveau nécessaire, Marc préfère entrer dans une clinique privée qui par la suite lui propose une prise en charge psychothérapique (avec une séance de groupe une fois par semaine et une séance individuelle deux fois par mois) le contact avec l'hôpital psychiatrique étant gardé à l'occasion de l'injection mensuelle de PIPORTIL. Ce contact est gardé jusqu'au milieu de l'année 1974, époque à laquelle Marc subit une expertise pour son maintien en invalidité, expertise dont nous citons quelques extraits car elle résume bien l'état de "stabilisation" atteint à cette époque.

- "Monsieur F. peut-on dire porte un peu son diagnostic sur le visage. En effet, cet homme encore jeune, puisqu'il n'a que 26 ans, d'allure, de faciès un peu puéril, se présente avec quelques bizarreries : il marche à petits pas, se comporte comme s'il craignait quelque peu les contacts de l'interlocuteur qu'il ne connaît pas. Son discours, qui était d'abord hâché, très bref dans ses réponses, au fur et à mesure qu'il se rassure, devient plus ample, plus normal avec moins de "fading".

Il s'agit bien en effet d'une schizophrénie paranoïde qui a commencé à peu près en 1967, à la suite d'une déception sentimentale ...

L'état clinique de ce jour permet de décrire une très relative amélioration. En effet, le sujet dessine et présente une critique rétrospective des épisodes tout à fait délirants. Cependant, il reste extrêmement fragile, facilement angoissable et angoissé...

Il présente surtout cette espèce de tristesse, de morosité, bien caractéristique des schizophrènes lucides qui sont conscients à la fois de leurs moyens et aussi de leurs difficultés d'entrée en contact avec autrui...

Janvier 1976 - Mai 1976 :

Marc reprend contact au dispensaire de secteur avec le premier médecin qui l'avait soigné à l'hôpital psychiatrique (avant le changement de secteur). Il se dit mécontent des soins qu'on lui prodigue à la clinique. En particulier il se plaint du trop grand nombre de médecins qui l'ont vu, et du fait qu'il devait leur payer des honoraires. Mais surtout, il accuse le médecin de la clinique d'avoir voulu interrompre sa pique mensuelle.

Sa demande est prise en considération et il sera suivi à nouveau par le médecin qui l'avait vu au début, à la suite de sa tentative de suicide, bien qu'étant "hors secteur". Il reçoit à nouveau une injection de PIPORTIL tous les mois.

Lors d'une consultation en Avril 1976, un petit accès asthénodépresseur l'oblige à interrompre quelques jours son travail. Il évoque toujours le problème de ses idées délirantes, mais :

" Le PIPORTIL fait bien son action, à partir de la troisième semaine les idées reviennent un peu, mais 48 heures après l'injection, c'est fini."

OBSERVATION N° 2 : Marcel D. né en 1946

=====

Marcel est hospitalisé à l'hôpital psychiatrique départemental en Juillet 1968 amené par son frère et sa logeuse après avoir consulté plusieurs médecins dont un psychiatre.

Il se présente à son entrée comme un jeune adolescent bien qu'ayant 22 ans, inquiet, déprimé, apathique et surtout en proie à un délire d'empoisonnement. Très amaigri, il ne mange plus depuis un mois environ car il craint que les aliments soient empoisonnés et ne boit plus que du lait.

Lorsqu'on essaie d'entrer en contact avec lui, il se montre d'humeur très versatile : tantôt presque jovial et affable, tantôt quasi "mutique" ou agressif. Son attitude semble traduire un vécu d'ambivalence, d'angoisse et de morcellement intense.

Le diagnostic porté à l'entrée est : Schizophrénie.

Etude Biographique :

Marcel est le deuxième d'une famille de trois enfants. Très tôt, (Marcel n'a que trois ans) à l'occasion d'une hospitalisation de son père en milieu psychiatrique pour éthylisme, sa mère quitte le domicile conjugal pour vivre en concubinage avec un autre homme dont elle aura par la suite onze enfants. Elle abandonne Marcel, son frère (son aîné d'un an) et sa soeur cadette.

Les deux garçons seront d'abord placés en nourrice, puis feront le circuit de nombreux foyers pour "cas sociaux". Marcel achèvera sa scolarité dans un collège technique de l'Ain d'où il sortira avec un C.A.P. de menuisier. Cette orientation semble lui avoir été imposée et, par la suite, Marcel aura toujours beaucoup de réticences à exercer ce qui est son métier.

Après le Collège, Marcel occupera différents emplois, toujours proposés par les organismes sociaux dont il est resté très dépendant. Il rendra visite de temps en temps à sa famille dans l'Isère, mère et grands parents maternels et surtout il gardera une bonne relation avec son frère aîné auquel il est très attaché.

Lors de la visite d'incorporation au service militaire, il sera réformé pour scoliose et, dira-t-il, "déficiência mentale".

Juste avant son accès psychotique, Marcel travaillait comme manutentionnaire et était hébergé par la tenancière d'une pension de jeunes filles qui avait pris son frère sous sa protection.

Etude Clinique

Première hospitalisation : Août - Novembre 1968

Nous pouvons résumer l'état de Marcel au début de son hospitalisation au fait qu'il présentait deux types de problèmes :

- D'une part il extériorisait un délire d'empoisonnement avec aussi une évocation stéréotypée des thèmes de Dieu, du Mariage, de transmission de pensée...

- D'autre part, il éprouvait des difficultés extrêmes à entrer en relation avec les soignants. Sa rupture avec le monde extérieur n'était cependant pas totale et lors d'une entrevue avec le médecin chef de service, il lui fera comprendre par gestes qu'il ne pouvait pas parler mais acceptera de communiquer par écrit.

Ces deux problèmes que nous venons de décrire, étaient posés dans le contexte d'un syndrome asthéo-dépressif important. Etre triste, accablé avec parfois de curieuses et brèves inversions de l'humeur, Marcel posait d'entrée aussi le problème de sa dépression et de l'articulation de celle-ci avec le reste de sa symptomatologie.

Et nous pouvons nous poser la question de savoir si l'aspect dépressif n'était qu'un élément de la difficulté majeure à communiquer (élément de la symptomatologie psychotique) ou s'il était plutôt une conséquence, une réaction et l'expression de cette difficulté.

La chimiothérapie (TERFLUZINE-NOZINAN) viendra peu à peu effacer tous ces symptômes, et au bout de trois mois, Marcel demandera lui-même sa sortie. Il "critiquera alors sa période délirante en disant : "j'étais déprimé."

La sortie se fera progressivement d'abord par une reprise de son travail avec retour à l'hôpital pour la nuit. Puis il quittera définitivement le service, son ancien patron ayant accepté de le réembaucher et lui fournissant même un logement.

Après ce séjour de trois mois et demi, tout semblera se dérouler normalement sans que l'on sache exactement si Marcel a été revu régulièrement et s'il a suivi son traitement d'entretien, jusqu'en Juin 1969, soit sept mois plus tard, où Marcel reviendra de lui-même en consultation, mais sera orienté sur un nouveau service pour des raisons de politique de secteur.

Il présentera alors des hallucinations auditives et un syndrome d'automatisme mental tout en ayant conservé un pôle de bonne adaptation (en particulier à son travail). Ceci permettra de ne pas l'hospitaliser et de le revoir en consultation jusqu'en Novembre 1969 où son état s'aggravant, il sera réadmis pour un long séjour.

Deuxième hospitalisation : Novembre 1969 - Juillet 1972

A l'entrée de ce deuxième séjour, Marcel apparaît encore très déprimé avec d'importantes hallucinations auditives et commentaire de ses actes ce qui dit-il, le poussent au suicide. Il a l'impression qu'on lui vole sa pensée, que les gens autour de lui devinent ce qu'il pense.

Ainsi commence ce qui sera le séjour hospitalier le plus long dans la vie de Marcel (plus de deux ans et demi). Nous l'analyserons en le subdivisant en trois parties :

- Tout d'abord, de Novembre 1969 à Août 1970

Pendant plus d'un an, l'état de Marcel se stabilise sur un mode de dépression chronique avec une certaine permanence de ses hallucinations auditives et un syndrome d'automatisme mental que le malade vit progressivement de façon plus ou moins indifférente.

A l'origine de cette "stabilisation" en milieu hospitalier, nous sommes malheureusement obligés d'admettre que l'essentiel de la prise en charge semble avoir été constituée par la constatation laconique et régulière de son état. Et l'on relève régulièrement dans son dossier :

" vit en solitaire, se fait oublier, sombre et pessimiste"

"J'ai peur de me jeter dans le Rhône"

" Autistique - Apathique - Passe son temps au lit"

" Va parfois à l'ergothérapie"

" Le syndrome d'automatisme mental semble s'estomper "

Tout ceci se passera dans un contexte institutionnel traditionnel où dans l'ensemble Marcel est assez bien toléré avec parfois les doutes classiques quant à sa maladie et les habituels soupçons sur ses possibilités d'être un "fumiste", un fainéant, de "nous avoir", de ne vouloir rien faire sauf se reposer et de prendre l'hôpital pour un établissement à quatre étoiles de l'hôtellerie lyonnaise.

On peut alors émettre l'hypothèse que ces réactions institutionnelles traduisent d'une part effectivement une bonne tolérance, car Marcel ne pose pas de problème comportemental particulier, mais d'autre part une certaine irritation car il devient un malade frustrant, il ne "guérit" pas, ne gratifie pas les soignants et fuit relativement toute relation dans le service, tout en gardant une bonne adaptation extra-service. Il est décrit en effet comme plutôt hypomaniaque à la cafétaria, volontiers blagueur et espiègle avec ses camarades.

Ainsi s'établit entre le patient et l'institution une sorte de *statu-quo* avec en parallèle et de part et d'autre : l'ambivalence réciproque, la difficulté et la phobie d'entrer en relation, la passivité, l'inhibition et la méfiance.

Nous dirons que l'institution en quelque sorte élabore aussi ses mécanismes psychotiques et sa dépression, traduction de ses refus d'admettre la dépression et la régression de l'autre en ce qu'elles sont particulièrement frustrantes et renvoient à l'impuissance de ne pas être tout puissant.

Nous pourrions qualifier cet état qui s'instaure entre le patient psychotique et l'institution de *statu-quo dépressif* où le malade déprime l'institution qui elle-même le déprime à son tour en ce qu'elle le confirme et le renforce même dans son sentiment de ne pouvoir entrer en relation avec l'autre, d'être incapable de le gratifier, d'être mauvais.

Ce type de situation en cul de sac nous semble assez fréquent et le mécanisme dépression nous paraît avoir une grande part de responsabilités dans sa constitution.

Si ses conséquences immédiates paraissent bien évidentes, il nous faut essayer d'analyser davantage ses causes et ses conséquences plus éloignées. Nous tenterons de l'aborder dans la partie plus théorique de notre travail.

Il nous faut encore signaler que durant cette première année d'hospitalisation, une tentative de travail au centre de réadaptation de l'hôpital s'est soldée par un échec. Et par ailleurs un bilan psychologique a été pratiqué dans le service :

- W.I.S.C. : QI 108 (verbal : 110 - pratique : 104)
- Au RORSCHACH : "Trouble de la relation à la mère et difficultés de contact avec les autres".

Lors de l'entretien psychologique, Marcel paraît moins indifférent qu'on ne le suppose :

- "Préoccupé et anxieux quant à son avenir"
- "J'ai peur de rester là toute ma vie, de ne pouvoir plus travailler".
- Déprimé aussi quand il évoque son passé : "Mon père et ma mère sont alcooliques. J'ai failli mourrir quand j'étais gosse, j'aurais mieux fait."

- Août 1970 - Janvier 1972

La deuxième partie de ce séjour semble coïncider avec l'arrivée d'un nouveau chef de service, événement habituellement accompagné d'une recrudescence d'énergie thérapeutique institutionnelle liée à l'espoir que les choses vont changer, qu'après avoir vécu un départ, fait un deuil, on réagira, on reprendra les choses en main, on renâtra, on sortira en quelque sorte de la routine, on sortira de la dépression.

L'état de Marcel est alors le suivant :

- "Contact difficile - Passif - Conserve relations avec son frère cuisinier - Dit de ne plus entendre des voix -Apragmatisme ++
- "Donc schizo-post-procesuelle où domine actuellement l'autisme, l'apragmatisme".
- Changement de traitement :
 - . MODITEN Retard 100 mg IM tous les 15 jours
 - . ANAFRANIL 150 mg/jour.

Les choses ont effectivement un peu changé. On peut constater que pour la première fois la symptomatologie dépressive du malade a été retenue et une chimiothérapie antidépressive a été entreprise. D'autre part, une nouvelle tentative de "réinsertion par le travail" dans l'hôpital est envisagée.

Malheureusement l'effort institutionnel semble avoir été de brève durée et insuffisant. Et l'ANAFRANIL aidant certainement, Marcel au bout de deux mois environ fait une rechute dissociative et délirante.

Halluciné, très angoissé, il extériorise un discours sans suite logique apparente :

"Je crois qu'il va y avoir une guerre. Je crois que les gens communiquent avec mon cerveau comme s'ils savaient tout ce que je fais."

Il exprime aussi une grande culpabilité à propos de ses pratiques auto-érotiques et de ses désirs d'aller voir des prostituées.

Lors de cette période aiguë de rechute, Marcel va à nouveau beaucoup solliciter son entourage. Il sera alors vu très fréquemment en entretien et pour l'institution, il n'y aura plus d'ambiguïté au niveau du "contre-transfert institutionnel". Marcel est très malade, on le soigne sans "arrière-pensée". Grâce à son délire et à l'angoisse qu'il exprime, il aura droit à une grande disponibilité de la part de tous les soignants, il sera écouté et pris en considération.

La gravité de la rechute étant imputée aux antidépresseurs, on diminue leur dose et on augmente celle des sédatifs.

La stabilisation sera petit à petit obtenue jusqu'en Janvier 1971 où réapparaîtront quelques signes dépressifs.

Là s'arrête pendant un an l'observation psychiatrique de Marcel.

La tradition orale du service nous apprend seulement qu'il s'est fait de plus en plus oublier, allant épisodiquement travailler au centre social, sortant quelques fois pour rendre visite à son frère.

Sur le plan physique, Marcel est devenu presque obèse et a présenté des vergetures à la racine des membres supérieurs et inférieurs pour lesquelles un bilan endocrinien a été pratiqué.

Janvier 1972 - Juin 1972

La dernière partie de cette hospitalisation débute à nouveau par une sorte de reprise en charge motivée par une réactivation des processus psychotiques.

Après s'être fait oublier pendant un an, Marcel va à nouveau solliciter bruyamment son entourage et cela de façon un peu hypomaniaque. Délirant, angoissé, il exprime cette fois surtout des sentiments de dépersonnalisation et de transformation corporelle (en particulier au niveau de ses organes génitaux et de ses fonctions excrétoires).

Il dit avoir peur d'être impuissant ou homosexuel. Très persécuté, il craint de nouveau d'être empoisonné.

Une adaptation de la chimiothérapie et le réinvestissement du malade par l'équipe soignante feront progressivement céder ce nouvel épisode et Marcel pourra même exprimer des éléments relationnels nouveaux et importants liés à l'état d'angoisse qu'il a présenté :

On apprendra ainsi que sa peur d'être homosexuel semble en liaison avec le fait qu'il sort depuis peu tous les dimanches avec un copain.

Il a aussi essayé d'avoir des rapports avec une prostituée. Ceci s'est soldé par un échec qui l'a beaucoup angoissé.

Son état s'améliore, il se remet à travailler à la cafétéria de l'hôpital, mais il se plaint d'être de plus en plus fatigué et déprimé sans toutefois chercher à s'isoler.

En Avril 1972 cette amélioration se confirme et un jour, accompagné d'une jeune malade du pavillon voisin, Marcel demande à être reçu par le médecin pour lui faire part du désir commun qu'ils ont de se marier.

Malgré les différentes réticences exprimées, des permissions sont accordées au jeune couple pour se rendre dans la famille de la jeune fille (Colette) et pour voir le frère de Marcel.

La suite de son rétablissement se fait de façon spectaculaire, Marcel abandonne complètement ses dernières hallucinations. "Il se sent en forme, plus léger depuis qu'il connaît Colette".

La famille de la patiente étant d'accord pour l'héberger et pour même lui trouver du travail, Marcel sortira de l'hôpital en Juillet 1972.

Lorsqu'il est revu en consultation huit jours plus tard, il travaille déjà depuis trois jours dans une menuiserie industrielle et c'est la première fois qu'il exerce son véritable métier. Il a l'air content, dit bien prendre ses médicaments et est d'accord pour venir en consultation régulièrement au dispensaire de secteur et une fois par mois à l'hôpital pour son injection de neuroleptique retard.

Traitement de sortie :

PIPORTIL IM 1 ampoule/mois

MELLERIL 400 mg/jour - ANAFRANIL 50 mg/jour - ARTANE

- La post-cure et les hospitalisations alternantes -

De Juillet à Décembre 1972, Marcel sera donc suivi régulièrement, et ces six mois se dérouleront bien malgré la détérioration progressive des relations avec son amie et la famille de celle-ci.

Il supporte assez bien la rupture avec cette famille d'accueil et le service social lui trouvera une chambre en foyer SONACOTRA, ce qui lui permettra de travailler régulièrement, en dehors d'une courte interruption et d'un mois de travail à mi-temps pour syndrome asthéo-dépressif.

En Décembre 1972, Marcel viendra demander refuge à l'hôpital. Il est à nouveau très déprimé et exprime surtout ses difficultés d'adaptation à la réalité: "le travail est dur, mal payé, il n'a pas d'amis, pas de famille". On ne note pas cependant de reprise des troubles psychotiques.

Pour des raisons de secteur, il est adressé dans un autre service de l'hôpital psychiatrique.

Dans ce nouveau service, sera institué un système de prise en charge différent du précédent. Afin que Marcel ne "s'installe pas trop dans les lieux" mais puisse avoir tout de même un lieu de référence où trouver soutien, on lui laissera la possibilité de venir passer, lorsque ce sera nécessaire, quelques jours à l'hôpital. (soit le samedi-dimanche, soit en hôpital de nuit dans la semaine sans interruption de son travail et tout en gardant sa chambre au foyer).

Ce système tiendra environ six mois jusqu'en Juin 1973 où Marcel d'une part perdra son emploi et d'autre part refusera de retourner au foyer en invoquant la charge financière importante que cela représente.

Néanmoins, Marcel retrouvera assez vite un travail à la communauté urbaine, travail qu'il effectuera pendant dix mois en restant en hôpital de nuit.

Puis une nouvelle tentative de vie en foyer sera effectuée avec quelques hospitalisations alternantes jusqu'en Mai 1976 où Marcel sera à nouveau admis à l'hôpital psychiatrique pour une rechute psychotique majeure.

Avant d'évoquer cette rechute, il nous faut préciser que toute la longue période de va et vient entre l'hôpital et l'extérieur (Mai 1974 à Mai 1976) n'a pas été entachée de problèmes véritablement psychotiques.

Les hospitalisations de quelques jours, les plaintes de Marcel, concernaient essentiellement et à chaque fois un syndrome asthéo-dépressif plus ou moins important, le malade réclamant sans cesse vitamines, fortifiants, bons médicaments... et exprimant toujours ses sentiments de solitude et de dévalorisation.

On notera encore que bien que suivi très régulièrement en consultation, il n'y a pas eu de tentatives de prise en charge psychothérapique effectuée par un même thérapeute. Par contre, Marcel a toujours été assez bien "investi" par l'équipe soignante de ce service (dont les membres étaient surtout des femmes), lui conférant une sorte de statut d'enfant du service, aimé et protégé et faisant beaucoup de démarches à sa place.

- La Rechute : Mai 1976

Marcel revient dans le service alors qu'il ne travaille plus depuis quinze jours et qu'il a quitté le foyer auquel il doit deux mois de loyer.

Une tentative d'arranger tout cela au plus vite est faite sans trop tenir compte de son état clinique. Mais cinq jours plus tard, il est tout de même réhospitalisé dans un état psychotique manifeste.

On note dans l'observation :

- "Eclatement psychotique assez bien maîtrisé par un humour volontiers caustique".
- "Désir intense de régression"
- "On lui a proposé des perfusions d' ANAFRANIL. Pendant celles-ci, il évoque un objet blanc avec des bords rouges comme des lèvres, qui lui caresse le front et calme sa douleur de tête. Après il fait avec sa bouche des mouvements de succion. Parle beaucoup aussi, avec de nombreuses associations sur le corps à restaurer".

Cinq semaines après :

- "Marcel devant sortir lundi prochain, nous a exprimé sa fureur sous une forme très délirante. Sa colère ressemblait à celle d'un bébé impuissant à agir sur la réalité, mais d'autant plus impressionnante qu'il s'agissait d'un déchaînement de pulsions archaïques.
- " Discours très symbolique " :

"Les murs me suintent, me sentent, sont imprégnés de moi...
Je suis ici chez moi plus que vous, c'est mon domaine..."

- "On avait vraiment l'impression que l'hôpital et le service en particulier étaient vécu par lui comme une vaste cavité utérine dont on ne peut le faire sortir sans qu'il risque de mourir à lui.

Cette sortie est vécue comme un abandon définitif, un rejet insupportable de ce monde ouaté et protecteur dont il ne peut plus se séparer".

OBSERVATION N° 3 : Monsieur Paul D. né en 1946

=====

Paul est amené à l'hôpital psychiatrique en Mai 1969 après plusieurs démêlés avec la police pour vagabondage et "conduite bizarre" sur la voie publique ayant fait suspecter un état d'ivresse.

Dès le premier jour, ce qui frappe chez ce patient, c'est avant tout son aspect déprimé et apathique, coexistant avec un syndrome d'automatisme mental, des impressions de changement corporel et des sentiments d'étrangeté.

Le contact avec le malade n'est pas particulièrement difficile bien qu'on le sente réticent et préoccupé probablement par ce qui se passe en lui.

A l'entrée, le diagnostic est hésitant et tout au long de l'hospitalisation et de la prise en charge, il le restera, allant du diagnostic de schizophrénie de type ~~hébéphrénique~~ à celui d'accès mélancolique.

Etude Biographique :

Paul est le dernier d'une famille de six enfants. Son père, employé des PTT, est considéré comme un éthylique (éthylisme professionnel). Sa mère, avant de se marier avec Mr D., a fait quelques séjours à l'hôpital psychiatrique pour "dépression"; ses deux enfants aînés sont de père inconnu, mais ont été reconnus par Mr D.

Le frère aîné de Paul a été aussi soigné dans le même hôpital psychiatrique, pendant quatre ans et depuis sa sortie il est en bonne santé, vivant seulement de sa pension d'invalidité, avec une concubine elle-même ancienne malade de l'hôpital et pensionnée comme lui.

Le reste de la famille se compose d'une grand'mère paternelle très âgée qui vit à la campagne.

On n'a que peu de renseignements sur la petite enfance de Paul et sur son adolescence. Il a été toujours considéré comme un enfant assez triste, aimant s'isoler, n'ayant pas beaucoup de camarades et préférant quant à ses loisirs, faire de grandes promenades solitaires à bicyclette.

Cette enfance semble s'être cependant déroulée sans problème majeur dans un climat affectif très pauvre, avec un père décrit comme plutôt démissionnaire et avare pour son foyer, et une mère dépressive, "dépassée par les événements" et dite faible par Mr D. en faisant allusion à ses diverses liaisons extra-conjugales.

La scolarité a été assez bonne jusqu'au C.E.P. puis viennent trois années d'apprentissage dans un collège technique du bâtiment d'où Paul sort sans avoir obtenu le C.A.P. de plombier zingueur. Il commence alors à travailler chez un artisan qui se montrera satisfait de son travail et prêt à le réembaucher au retour du service militaire.

L'histoire psychiatrique remonte à 1966. Pendant son service militaire, à la suite de quelques problèmes de discipline, Paul fera ce qu'il nommera : "une dépression nerveuse" pour laquelle il sera hospitalisé huit mois à l'hôpital militaire.

Il semble qu'en plus d'une tentative de suicide par traumatisme crânien volontaire, cette dépression a été accompagnée de troubles plus graves (dépersonnalisation) et en tout cas traitée comme une affection mentale majeure (durée d'hospitalisation importante - cure de SAKEL - Chimiothérapie neuroleptique d'entretien).

Paul sort de ce séjour à l'Hôpital des Armées avec "l'impression que des années et des années étaient passées" et met cet épisode sur le compte de l'ambiance de la vie militaire et sur sa tendance à abuser durant ce temps de l'alcool, ce qu'il exprime avec une certaine culpabilité.

A sa démobilisation, après 18 mois "effectués sous les drapeaux", Paul sera réembauché comme promis chez son ancien patron et les choses n'iront pas trop mal jusqu'à l'épisode qui l'amènera à sa première admission à l'hôpital psychiatrique départemental. Cet épisode semble avoir été précédé par une période de deux à trois mois où Paul éprouva quelques difficultés au travail ayant nécessité des interruptions de huit à quinze jours. On signalera encore que le patient avait interrompu alors tout traitement depuis huit mois environ et qu'il vivait toujours chez ses parents.

Histoire Clinique

Peu de temps après son admission à l'hôpital psychiatrique, Paul, tout en présentant un syndrome d'automatisme mental avec hallucinations, va prendre rapidement un certain recul par rapport à la période la plus aiguë de sa crise.

"Je me disais prophète. Je sentais que ça n'allait pas. Il me semblait que ma tête gonflait, qu'elle allait éclater, que j'enregistrais tout ce que les autres me disaient. J'entendais quelqu'un qui me parlait, le poste de radio parlait de moi, le téléphone..."

J'avais l'impression qu'on se moquait de moi. Quand j'entendais une nouvelle chanson, je me disais qu'en voyant un type comme moi, ils n'avaient pas de peine à composer des chansons aussi stupides..."

Après une semaine environ, les symptômes psychotiques spécifiques sont vécus sans grande angoisse apparente et les signes thymiques deviennent prédominants.

On note un ralentissement psychique important avec sentiment de tristesse et de culpabilité :

"J'ai peur d'être mauvais, d'être syphilitique et de contaminer les autres..."

Un bilan psychologique est alors pratiqué dans le service. Nous le résumerons brièvement :

- Entretien : Paul décrit facilement ses impressions délirantes qu'il n'arrive pas à intégrer et qu'il critique. Il se croit dangereux, contagieux, mauvais (importance du contact physique qui peut aller jusqu'à empoisonner un fruit). Automatisme mental de type persécutoire. Pendant l'entretien, le malade croit plusieurs fois qu'on l'appelle, qu'on parle de lui dans le couloir.

- WECHSLER : QI : 109 (verbal : 118 - pratique : 97)

- . Difficultés à manipuler des éléments réels, faiblesse du rendement.
- . Troubles (affectifs) de l'adaptation sociale.
- . Par ailleurs, bonnes possibilités d'abstraction, de verbalisation.
- . Pas de dissociation du cours de la pensée.

- RORSCHACH :

- . Signes d'angoisse paranoïde et de conversion hypo-chondriaque.
- . Refoulement de l'agressivité et de l'affectivité qui n'est pas assumée et est vécue comme explosive.
- . Expériences de dédoublement de la personnalité.
- . Tendances dépressives, besoin de regresser, pas de barrage, pas de réponses délirantes.
- . Dynamisme interne et richesse des réponses (forme et contenu) qui seraient d'un pronostic favorable.

Le traitement neuroleptique (Haldol-Tementil-Nozînan) prescrit, va dans un premier temps rapidement effacer le syndrome d'automatisme mental. Mais les signes dépressifs déjà importants, vont s'aggraver jusqu'à faire porter une indication de sismothérapie.

Cette thérapeutique sera abandonnée au bout d'une semaine environ car Paul supportera très mal les électrochocs, se montrant de plus en plus confus après chaque séance.

Puis une cure de SAKEL est instituée, elle dure quinze jours environ et aboutit encore une fois à un résultat peu encourageant, le malade se plaignant d'être de plus en plus asthénique :

" Je me sens tellement lourd que je me tiens plus debout ".

Cependant, "le commentaire de la pensée a cessé et il ne se sent plus coupable".

En Août 1969, soit environ après trois mois d'hospitalisation : va se produire un évènement majeur dans la vie de Paul. Sa mère qui effectivement avait paru très déprimée lors d'un entretien avec le médecin du service, se suicidera en se jetant du cinquième étage. Ce décès sera annoncé au malade, mais en lui en dissimulant au début la véritable cause. (On parlera de chute accidentelle).

Cet évènement semble à première vue d'après le dossier du malade avoir été accueilli de façon plutôt indifférente par celui-ci, sans véritable expression d'affects dépressifs.

Mais son apathie va s'aggraver jusqu'à évoquer un état mélancolique majeur où prédomine l'inhibition psycho-motrice. Cette symptomatologie sera cependant considérée comme un élément de l'état psychotique initial.

Le dossier parle surtout d'autisme, d'hypothymie, d'athymhormie et on vérifie la disparition du syndrome d'automatisme mental sans évoquer ni une dépression endogène, ni un état dépressif réactionnel au décès de la mère de Paul (réaction de deuil, pathologique).

Le problème de ce décès ne sera pratiquement plus abordé dans cette observation pourtant fort détaillée, ni évoqué ultérieurement lors des nombreux épisodes dépressifs que le malade présentera alors.

Consécutivement à l'aggravation de cet état asthéo-dépressif et devant sa stagnation, on tente alors un nouvel abord du malade : traitement vitaminique et anti-dépresseur.

Cette fois, les résultats sont plus probants et après une quinzaine de jours, Paul se mettra même à fréquenter plus ou moins régulièrement, le centre de réadaptation sociale de l'hôpital.

L'amélioration continuant, on lui suggère de prendre des permissions pour se rendre chez son père, et petit à petit on commence à lui parler d'une reprise de son travail.

Dans un premier temps, bien qu'il admette se sentir mieux et être moins triste, Paul s'engage très prudemment dans ce projet thérapeutique. Il lui faudra un bon mois pour se décider à prendre une permission et il restera très ambivalent quant à une reprise de travail tout en exprimant ses difficultés à envisager l'avenir.

De cette ambivalence vis-à-vis de sa sortie, va naître un conflit important qui opposera Paul à l'institution.

Paul va beaucoup mieux et donne satisfaction dans son travail à l'intérieur de l'hôpital (Centre Social). Le personnel soignant va alors le pousser vigoureusement vers l'extérieur.

Il reprend contact avec son ancien employeur mais visiblement dénie à son retour dans le service que celui-ci ne veut plus le réembaucher (L'ancien employeur exigeant en effet un certificat médical impossible à délivrer).

Paul va alors projeter cet échec sur l'institution en accusant le médecin de lui refuser le certificat exigé et de refuser qu'il reprenne son travail.

Ce conflit atteint rapidement son paroxysme et le malade devient de nouveau :

" Très passif, rigide et buté " dans les entretiens et d'une ironie qualifiée d'agressive, avec l'équipe soignante :

" Jeu - escalade consistant à refuser tout service et à pénétrer dans la salle de télévision par la fenêtre ".

La situation devenant intolérable, allant de manipulation en manipulation, Paul sera proprement mis à la porte du service et de l'hôpital sans travail et sans même un rendez-vous pour une consultation de post-cure.

- Deuxième hospitalisation : Juillet 1970 - Mai 1971

Après avoir passé un mois à l'extérieur, Paul se présente un matin, sans nécessité apparente, dans le service où il a été soigné précédemment et qui entre-temps a vu un changement de médecin chef de service.

Il est alors assez "excité" et logorrhéique et par mesure de prudence, le nouveau médecin lui propose une hospitalisation que Paul accepte sans réticence.

On reprend alors le traitement neuroleptique qu'il avait interrompu depuis sa sortie et après quelques jours, le malade apparaît à nouveau triste et amorphe.

Monsieur D., lors d'une visite à son fils nous apprend qu'après sa sortie de l'hôpital, Paul ayant touché ses indemnités de sécurité sociale, est parti faire "la java". De plus, Mr D. révèle, pour la première fois l'existence d'épisodes antérieurs évoquant des accès d'hypomanie, généralement "arrosés" d'alcool, que Paul aurait présentés entre la fin du service militaire et la première hospitalisation à l'hôpital psychiatrique départemental.

Succédant très rapidement à la légère euphorie d'entrée, l'état asthénopréressif présenté alors par le malade va s'aggraver progressivement. Mais cette fois un traitement antidépresseur (Anafranil) sera institué, à doses croissantes, ce qui aboutira même à un début d'inversion de l'humeur (en Décembre 1970) qui permettra à Paul de demander lui-même une entrevue avec le médecin:

"Il me semble que je reviens dans l'état où j'étais en Mai 1969, comme si je peux plus tenir, comme si j'étais suspendu à un câble... Je me suis senti faiblir, je suis, on ne peut dire euphorique, mais presque. J'ai amené une guitare et j'ai chanté..."

On peut considérer ce "matériel clinique" exprimé par le malade comme effectivement une simple inversion de l'humeur favorisée par un traitement anti-dépresseur important. Cependant, si l'on essaie de rattacher ce vécu exprimé à l'épisode vécu en Mai 1969, comme le fait le malade lui-même, il apparaît que Paul nous dit se sentir à nouveau en équilibre instable et percevoir le risque d'être à nouveau morcelé. Il semble craindre le retour à cet état où il était halluciné, persécuté et très "déprimé". L'euphorie qu'il essaie alors d'atteindre semble avant tout être une réaction, une défense contre les phénomènes psychotiques sous-jacents, une fuite dans les *défenses maniaques*. (Au sens que leur accorde M. KLEIN).

Le traitement antidépresseur est suspendu pour laisser place à une chimiothérapie neuroleptique retard. Puis après encore quelques à-coups, Paul pourra sortir de l'hôpital relativement bien stabilisé avec une association neuroleptique retard - antidépresseurs.

Cette sortie se fait dans de bien meilleures conditions que lors du premier séjour, le malade s'engageant à trouver rapidement du travail et à venir régulièrement en consultation. (Une fois par mois au minimum pour faire faire une injection de PIPORTIL).

- Première période de traitement ambulatoire -

(Mai 1971 - Avril 1972)

Paul se rend au début de cette période de dix mois assez régulièrement en consultation à l'hôpital. Il est vu tantôt par le chef de service, tantôt par l'interne, essentiellement sur un plan symptomatique avec adaptation chimiothérapique pour prévenir les rechutes de dépression ou d'euphorie.

Ceci a constitué une gymnastique bien difficile car le malade s'est présenté toujours de façon très versatile en fonction des personnes rencontrées à l'occasion de cette consultation.

Ne cherchant pas de travail, Paul mène pendant ces dix mois une vie oisive qu'on peut dire "dirigée par le principe de plaisir" (sorties avec les copains, jeux de boules, pêche, etc...) ce qui détériore progressivement les relations avec son père qui viendra se plaindre de l'attitude de son fils de façon plutôt agressive.

" A la maison, il vit dans la crasse, traite son père comme un domestique et dépense tout son argent en locations de voitures pour aller faire la fête dans d'autres villes".

Il commet aussi quelques délits (vols d'essence, infraction au code de la route).

Après une tolérance de deux mois, Mr D. réagit vigoureusement et met son fils à la porte. Paul se fait héberger à l'hôpital quelques jours puis sort en prenant de bonnes résolutions ce qui ne l'empêchera pas d'aller défoncer la porte de l'appartement familial. Cette fois Mr D. réagit autrement, il démissionne et va se réfugier chez sa vieille mère âgée de 90 ans qui vit à la campagne.

Pendant encore près de trois mois Paul viendra en consultation, ou dans le service pour rendre visite aux infirmiers. Il fera même deux tentatives de travail en intérim. Puis brusquement il ne donnera plus de ses nouvelles pendant cinq mois jusqu'à la rechute franchement maniaque pour laquelle il sera réhospitalisé.

- Troisième hospitalisation (Mars 1972 - Octobre 1973) -

-Paul est revenu en état d'accès maniaque aigu avec logorrhée intarissable, excitation psychique et motrice mais sans manifestation agressive ou violente.

Lors de l'entretien d'entrée, très culpabilisé, il fait son "mea culpa" de tous les menus larcins qu'il a commis dans le service pendant son séjour précédent (vols d'objets personnels, d'argent, vol de vélo, etc...) et exprime son désir de se racheter, de réparer tout cela. Il a peur qu'on le rejette, que son patron (car il avait enfin trouvé du travail) ne le reprenne pas à son service quand il ira mieux.

Trois jours après son admission une visite de Mr D. nous apprend que les cinq derniers mois passés sans prise en charge ont été "catastrophiques".

Après une courte période de travail en Octobre 1971, Paul est allé en Suisse, puis à Paris où il a fait deux mois de prison préventive pour délits de grivèlerie. Rentré à Lyon en Janvier 1972 il a essayé de travailler quinze jours tout en vagabondant toutes les nuits pour voler bicyclettes et vélomoteurs. Puis après avoir trouvé une bonne place chez un artisan plombier-zingueur, ce qui lui a apporté une stabilité d'environ six semaines, il a présenté des troubles pour lesquels après trois jours il est venu de lui-même à l'hôpital.

" C'est jeudi dernier que la séance a commencé, il voulait tout changer dans la maison... Il disait qu'il était chef de chantier... parlait d'aller voir le régisseur, parlait sans arrêt, j'en avais plein la tête. La nuit il s'est levé avec une ampoule électrique à la main, il disait que tout allait sauter..."

Malgré le manque d'éléments cliniques plus détaillés, nous sommes là encore une fois tenté d'évoquer l'hypothèse d'une relation entre le vécu maniaque extérieur présenté par le malade et le vécu intérieur d'un risque de morcellement "Il disait que tout allait sauter". (mise en oeuvre de "défenses maniaques"-)

La reprise d'un traitement neuroleptique vigoureux nous fera assister à une quasi inversion de l'humeur dans un premier temps, puis à une stabilisation sur un mode dépressif chronique durant laquelle Paul exprime à son entourage l'agressivité qu'il éprouve contre son père et ses craintes de ne pas être réembauché par son employeur avec lequel il s'entendait bien.

Il se plaint souvent d'asthénie sexuelle, laquelle sera mise sur le compte du traitement, et devient de plus en plus anxieux au fur et à mesure que l'on s'approche du mois de Juillet, date de sa comparution devant le Tribunal Correctionnel.

Sur le plan institutionnel, Paul est assez bien toléré dans la mesure où il se montre docile, va régulièrement à l'ergothérapie et recherche même une certaine protection et compassion de la part du personnel soignant, dont il cherche à se faire aimer en somme.

Mais compte tenu des antécédents et des échecs répartis maintenant sur trois ans, l'équipe soignante se montre très méfiante. "Paul se tient tranquille car il a des problèmes avec la Justice."

Condamné à un mois de prison avec sursis, et trois ans de mise à l'épreuve, Paul est alors assez affecté par cette sanction. Son état de dépression s'accroît, puis avec le réajustement chimiothérapique on obtient une légère amélioration jusqu'en Octobre 1972 où, comme cela s'est déjà produit, les avis deviennent à nouveau très partagés quant à la véracité de l'état asthénodépressif que Paul présente.

Triste et peu loquace avec le personnel soignant, le malade est signalé "tout à fait normal" dans le service, "vif, enjoué, actif, lorsqu'il s'agit de faire des parties de cartes ou d'aller se promener avec les psychopathes du pavillon".

Certains estimeront alors Paul parfaitement capable de travailler à l'extérieur sans que cela aboutisse à une démarche quelconque et, paradoxalement, on assistera à une très bonne "adaptation" de Paul au service et du service à Paul.

Six mois après, une brève tentative de travail chez un plombier s'étant soldée par un échec, il faudra encore attendre six mois de statu-quo pour voir enfin Paul quitter l'hôpital.

L'amélioration thymique se confirme, Paul sort progressivement : il commence par travailler à mi-temps dans une entreprise qui fait des travaux à l'hôpital même, puis il trouve une chambre meublée en ville tout en venant travailler à l'hôpital.

- Deuxième période de traitement ambulatoire -

(Octobre 1973 - Février 1976)

Pendant près de deux ans et demi, Paul viendra se présenter régulièrement en consultation dans le service où il a été hospitalisé.

Il suivra assez bien son traitement (MODECATE + ANAFRANIL) et ses fluctuations thymiques seront relativement bien endiguées, à l'exception d'un petit épisode sub-maniaque, durant lequel Paul dépensera toutes ses économies, qui sera sans conséquences médico-légales; une hospitalisation d'un mois (Octobre 1975) sera suffisante pour rétablir la situation.

Les six premiers mois de reprise d'une vie active apparaissent comme très positifs. Paul travaille régulièrement (à mi-temps au début) et se montre satisfait de son emploi. Il entretient de bonnes relations avec sa propriétaire et se lie d'amitié avec un voisin artiste peintre, ce qui contribue à le revaloriser.

Il s'emploie aussi à rembourser scrupuleusement toutes les dettes qu'il a contractées et en exprime une grande satisfaction. (*Processus de réparation et reconnaissance d'une réalité*).

Cette nette amélioration de ses possibilités relationnelles amène Paul à reprendre contact avec ses frères et même avec son père, à se faire des amis et à nouer une liaison amoureuse avec une jeune femme de son âge.

Comme lors de la période de post-cure, la prise en charge n'est pas de type psycho thérapeutique et, faute de moyens, Paul ne sera pas orienté sur un équipement de secteur. En conséquences, le matériel clinique relationnel dont nous disposons pour cette longue période est assez pauvre.

Nous apprenons seulement que Paul devient petit à petit plus instable (changement d'emploi, de logement et d'amie) jusqu'à la fin de l'année 1975 où on le revoit plus fréquemment à l'hôpital venir rendre visite à une jeune malade Melle S. avec laquelle il a des projets de vie commune.

Fin Janvier 1976, Paul se plaint à nouveau d'être fatigué et déprimé, de ne pas trouver du travail, avant de revenir dans le service après avoir fait une tentative de suicide.

- Tentative de suicide et quatrième hospitalisation -

(Février 1976 - Juillet 1976)

A la surprise de tout le monde, Paul a essayé de se suicider en avalant deux tubes de somnifère (MOGADON). Ayant laissé la porte de sa chambre ouverte, son propriétaire l'a découvert et fait admettre au service d'urgence médicale de l'hôpital général.

Sorti du coma, il présente un état dépressif majeur avec anxiété et inhibition motrice prédominante qui justifie sa mutation à l'hôpital psychiatrique.

Réadmis dans le service qui le soigne habituellement, il raconte que "ça n'allait pas depuis trois semaines" et qu'il souhaitait alors revenir et être pris en charge. Il se sentait hanté par l'idée de la mort et, dira son logeur, reparlait souvent du suicide de sa mère.

Cet état initial va rapidement s'aggraver, malgré l'importance de l'escalade chimiothérapique, jusqu'à aboutir à une véritable mélancolie avec désir de mort et idées d'indignité. Paul dit vouloir partir car il gêne tout le monde et vouloir mourir à l'extérieur de l'hôpital pour ne pas créer d'ennuis aux soignants.

Cependant, on a la nette impression que le malade majore ses troubles lorsqu'on les lui fait remarquer.

Après une série de perfusions d'anti-dépresseurs (interrompue à cause d'épisodes hypertensifs paroxystiques), on a recours à une association DOXEPINE-ANAFRANIL-SELS de LITHIUM. Et alors qu'une amélioration discrète est perçue, Paul met en scène un simulacre de tentative de suicide par strangulation dans les toilettes du service.

Cet épisode, délibérément ignoré par le personnel soignant, amène Paul à venir en parler lui-même au médecin de façon détaillée et en déposant, sans en avoir l'air, un papier sur le bureau précisant la date de sa prochaine tentative de suicide. Puis il exprime surtout ses craintes quant au risque de séquelles intellectuelles de sa tentative de suicide et réclame radios et électro-encéphalogramme.

L'état dépressif continue à se résorber et après deux mois Paul recommence à "s'enkyster" dans l'hôpital en passant ses nuits à jouer aux cartes et la matinée à dormir; l'après-midi il va faire "l'animateur musical" des autres pavillons.

En Juin 1976, il est mis devant l'ultimatum de trouver du travail avant le premier Juillet étant entendu que s'il trouve un emploi, il pourra rester en hôpital de nuit.

A la date indiquée, Paul travaille déjà depuis une semaine, puis il "oublie" de rentrer de permission. Le lendemain il téléphone dans le service pour signaler qu'il est en déplacement pour quelques jours et fait part de son désir d'aller vivre avec son amie (patiente d'un service voisin) chez son frère. Ils feront une communauté.

"Comme nous touchons tous les quatre une pension, nous pourrions vivre sans travailler..."

TROISIEME PARTIE

ESSAI SUR LA DEPRESSION DANS L'EVOLUTION DES PSYCHOSES A PARTIR DE TROIS OBSERVATIONS

*" L'épreuve dépressive a cependant une
singulière ressemblance avec les rites d'initiation."*

- G. ROSOLATO -

I - HYPOTHESES THEORIQUES A NOTRE ETUDE

A partir des données théoriques que nous avons abordé dans la première partie de notre travail, nous étudierons l'évolution des états psychotiques que nous avons présentés cliniquement en centrant cette étude principalement sur les données de la "dynamique kleinienne".

Cela nous amène à énoncer deux hypothèses :

1°) L'une concernant l'évolution clinique de l'état psychotique de type schizophrénique :

Si l'accès psychotique aigu constitue une régression à l'état de morcellement de la position schizoparanoïde infantile, on devra dans le meilleur des cas, sous l'influence des différents moyens thérapeutiques mis en jeu, assister à un processus d'évolution parallèle à celui de la "dynamique kleinienne".

Ainsi dans le contexte d'une évolution favorable, cette position schizoparanoïde devra s'élaborer pour passer ensuite à la position dépressive dont seule l'élaboration peut aboutir à une restructuration stable. Cette restructuration, dont le corollaire est d'une part la différenciation monde intérieur-monde extérieur, d'autre part, la reconnaissance et l'acceptation de l'objet et du sujet en tant qu'objet et sujet totaux, constituera alors un véritable état préoedipien stable, capable de bénéficier de la structuration oedipienne au sens classique du terme.

Il nous faut à nouveau préciser que l'on ne peut pas marquer une division claire entre les deux étapes fondamentales de cette évolution, les phénomènes des deux positions restant pendant un certain temps mélangés et en interaction. Pour M. KLEIN, c'est de ces interactions que naîtraient les tableaux cliniques de certains troubles schizophréniques intriqués avec les troubles maniaco-dépressifs.

Sur le plan clinique, les modifications des signes préexistants et l'apparition de nouveaux symptômes pourront être ainsi rattachés à l'évolution de ces états psychotiques de type schizophréniques et à la dynamique qui la sous-tend. De façon très schématique, nous envisagerons les nouveaux signes de type psychotique en relation avec l'élaboration de la position schizoparanoïde, et l'apparition de signes dépressifs (thymiques) en relation avec l'élaboration de la position dépressive, sans oublier le problème de l'intrication des mécanismes des deux positions.

2°) La seconde hypothèse concerne la dépression :

A l'inverse de l'hypothèse énoncée précédemment, nous pourrions dire que les troubles de l'humeur apparaissant dans l'évolution des états psychotiques de type schizophrénique et leur articulation propre avec les autres troubles

de la conscience, traduisent les phénomènes dynamiques d'élaboration des positions schizoparanoïde et dépressive "actuelles" sous jacentes. Ils sont d'une certaine façon, les témoins d'une tentative de "guérison".

Par ailleurs, cette "réactualisation" des deux stades du développement va se dérouler évidemment en fonction et en rapport avec le souvenir du vécu des positions schizoparanoïde et dépressive originelles et des traumatismes liés à celles-ci, ayant abouti à la structure pathologique.

Ainsi l'étude clinique et psychopathologique des troubles thymiques dans le cadre de l'évolution de ces états psychotiques, nous permettra d'une part de mieux percevoir les différentes tentatives de restructuration du malade (dans ses aspects positifs et négatifs), et d'autre part nous donnera des précisions sur la structure profonde de sa psychose.

Si cette démarche nous paraît avoir un intérêt quant aux considérations étiopathogéniques et pronostiques sur les états psychotiques de type schizophrénique, elle nous semble aussi intéressante quand il s'agit d'envisager une conduite thérapeutique (chimiothérapique, institutionnelle et relationnelle).

II - L'impossibilité à aborder la position dépressive et la fixation aux mécanismes de défense de la position schizo-paranoïde - (Observation n° 1)

=====

1°) Le diagnostic classique :

Après une enfance et une adolescence difficiles, le mode d'entrée dans la psychose s'est fait de façon relativement progressive, aboutissant à un délire de filiation et de persécution dont l'intensité a fait évoquer d'emblée le diagnostic de *schizophrénie paranoïde*. Après sept ans d'évolution, ce diagnostic d'entrée est confirmé lors de l'expertise psychiatrique de 1974.

2°) La dynamique des mouvements dépressifs

En ce qui concerne les mouvements dépressifs, deux faits sont à constater :

- d'une part, il n'y a pas eu chez Marc de véritable réaction dépressive à la "perte du délire" et le traitement neuroleptique étant important, on a pu voir se manifester seulement une certaine asthénie consécutivement aux deux accès délirants majeurs.

- d'autre part, la dépression chez ce patient a été le plus souvent considérée comme une manifestation déficitaire de l'aménagement autistique qui constitue l'évolution de cette psychose.

En fait, à y regarder de plus près, il n'y a jamais eu un abandon total des idées délirantes, bien que le patient les "ait critiquées". L'angoisse de morcellement, les phénomènes persécutoires, se sont résolus dans le délire mégalomane de filiation, aboutissement d'un *clivage poussé à l'extrême*. (Idéalisation et fuite vers les bons objets intérieurs - Dénier de la réalité psychique frustrante). La tentative de suicide nous semble avoir constitué le point culminant de la lutte pour maintenir le clivage, et, se tuer pour Marc, c'était peut-être alors, dans un mouvement ultime, préserver ses bons objets et échapper à ses persécuteurs.

Par la suite, on observe un phénomène permanent de bascule entre l'engagement dans le processus dépressif et la reprise des idées persécutoires et délirantes, constituant un véritable cercle vicieux.

En effet, dès que Marc abandonne "ses idées", il se déprime. Cette dépression semble alors lui être absolument intolérable et il est obligé en quelque sorte de reprendre "ses idées" qu'il utilise dès lors comme de véritables conduites antidépressives équivalentes à des défenses maniaques.

"Mes idées c'est comme un drogué qui prend de la drogue pour s'évader..."

On remarquera qu'en utilisant cette comparaison avec la drogue, le patient insiste sur le caractère de la nécessité absolue de ses défenses. Ceci nous semble en faveur du fait que ce mouvement de bascule se joue avant tout entre la dépression et la persécution, les idées délirantes de filiation étant utilisées quasiment comme des *défenses maniaques* contre la dépression et la persécution.

3°) Les réactions aux thérapeutiques

a) Les réactions à la chimiothérapie antidépressive

On peut noter que l'emploi des anti-dépresseurs déclenche presque toujours, après un certain temps, une recrudescence de la persécution, puis, à la suite, une reprise du système délirant. Tout se passe en effet comme si la dépression chez ce patient était source d'une trop grande souffrance ou le mettait en danger et que, économiquement, pour lui, il valait encore mieux avoir recours au délire. Les affects dépressifs qu'il exprime et l'asthénie paraissent alors surtout traduire cette impossibilité à sortir de l'impasse.

"Il présente surtout cette espèce de tristesse, de morosité bien caractéristique des schizophrènes lucides qui sont conscients à la fois de leurs moyens et aussi de leurs difficultés d'entrée en contact avec autrui". (Expertise 1974).

b) Les réactions à l'institution hospitalière

Nous devons remarquer que les diverses institutions n'ont pu jouer leur rôle thérapeutique qu'aux moments les plus aigus de l'évolution psychotique du patient.

Ensuite, lorsqu'il s'est agi de développer une relation (groupe thérapeutique hebdomadaire en particulier), Marc n'a pu supporter cette prise en charge.

Nous pouvons avancer qu'il y a pour le patient une impossibilité à accepter la relation psychothérapique et l'épreuve de la réalité qu'elle comporte qui est source de dépression.

La seule aide que le malade tolère reste l'injection de neuroleptique retard, c'est-à-dire la matérialisation, l'objectivation d'un anaclitisme limité lui apportant l'énergie nécessaire mais non suffisante au maintien de son statu-quo (clivage des bons et mauvais objets) : " L'effet dure trois semaines, puis les idées reviennent, mais quarante huit heures après la nouvelle injection c'est fini..."

4°) Le problème de la structure psychotique et le pronostic

De toute évidence, le "traumatisme" a eu lieu très tôt, dans les tous premiers mois de la vie du patient, lors de l'élaboration de la position schizo-paranoïde. (problème de l'anorexie mentale précocissime). Ces traumatismes semblent avoir été particulièrement sévères à en juger d'après le discours de la mère : le problème de l'alimentation a été dès le début "un véritable calvaire" et Madame F. exprime qu'avoir un autre enfant risquait d'être une "véritable catastrophe" (Sentiment d'avoir été mise en danger par cette première et unique grossesse).

Par la suite, on note chez le patient des difficultés notoires au niveau du vécu de sa "névrose infantile".

L'importance de ces traumatismes, semble avoir bloqué le développement à la position schizoparanoïde, et la position dépressive n'a pu être correctement abordée et encore moins élaborée et dépassée.

Les éléments homosexuels (thématique homosexuelle), bien qu'étant très importants dans cette observation, ne nous semblent pas avoir acquis un rôle de structuration au sens où l'entendent GUYOTAT et Coll. pour les psychoses de type II. Ces éléments homosexuels semblent plus en rapport avec les éléments oedipiens très précoces et partiels (M.KLEIN) et les phénomènes de l'identification projective de la position schizoparanoïde.

En ce sens, on serait aussi tenté d'interpréter la relation matérialisée par l'injection mensuelle de neuroleptique retard comme un acte homosexuel accepté pour "apaiser le persécuteur" (RESNIK), père persécuteur dont le patient est symboliquement dépendant. Cependant, ceci pourrait être un élément relationnel susceptible d'être développé dans l'évolution de cet état psychotique qui après neuf ans d'évolution semble se résoudre pourtant de façon relativement péjorative en clivage de type paraphrénique.

III - L'abord de la position dépressive, les difficultés à l'élaborer et le problème des régressions à la position schizo-paranoïde (Observation n°2)

=====

1°) Le diagnostic classique

Compte tenu du tableau d'entrée (délire d'empoisonnement, ambivalence, hallucinations, syndrome d'automatisme mental), le premier diagnostic évoqué pour Marcel a été celui d'une *entrée dans la schizophrénie*. Ce diagnostic sera confirmé après la deuxième hospitalisation qui durera deux ans et demi; on parlera alors de schizophrénie post-processuelle, les éléments dépressifs étant mis sur le compte du processus déficitaire de la schizophrénie (autisme, apragmatisme).

Enfin, après cette hospitalisation, de Juillet 1972 à Mai 1976, on parlera plus volontiers de syndrome dépressif chronique, voire de dépression d'abandon, jusqu'à la rechute psychotique de morcellement.

L'ensemble reste en faveur d'un processus schizophrénique, compte tenu de l'évolution sur huit ans.

2°) La dynamique des mouvements dépressifs

Le premier accès psychotique (Juillet 1968), bien que comportant des troubles de l'humeur, n'est pas suivi à proprement parler d'une période de dépression. Le malade critique sa période délirante en disant : " j'étais déprimé", mais il semble que cette "dépression" soit plutôt évoquée en fonction des défenses culturelles habituelles contre la maladie mentale ("je n'ai pas fait une crise de folie, mais j'ai fait de la dépression"). La sortie de l'hôpital sera d'ailleurs effectuée sans que Marcel ait totalement abandonné son syndrome d'automatisme mental.

Le deuxième accès psychotique (Novembre 1969), moins dissociatif que le premier, sera par contre suivi d'une très longue période de dépression que l'on peut considérer comme une tentative d'élaboration de la position dépressive bien qu'elle ait été vue plutôt comme une organisation autistique. ("Schizo-post-processuelle où domine l'autisme et l'apragmatisme").

Cette tentative sera alors marquée par plusieurs éléments négatifs :

- les difficultés de l'institution à supporter la dépression du patient et à participer à l'élaboration de cette position dépressive.

- les réactions psycho-dysleptiques à un traitement anti-dépresseur qui constitueront à deux reprises (Août 1970 et Janvier 1972), des régressions aux phénomènes psychotiques de la position schizoparanoïde.

Mais on constatera aussi des éléments positifs :

- l'apparition d'éléments relationnels de types homosexuels (élaboration d'une relation amicale), puis même,
- l'organisation d'une véritable relation d'objet narcissique. (Relation avec une jeune malade du service voisin, ce qui représente, semble-t-il pour Marcel, avant tout, la découverte d'une famille d'accueil et de parents substitutifs).

Après la sortie de l'hôpital en Juillet 1972 et jusqu'en Mai 1976, durant quatre années, toute la symptomatologie sera presque exclusivement faite de rechutes dépressives qu'il est bien difficile à chaque fois de qualifier de dépression psychotique ou névrotique.

Ainsi, la position dépressive ne sera jamais correctement élaborée, et le clivage entre l'institution protectrice (bons objets) - et la réalité extérieure frustrante, sera toujours maintenu. Dès que Marcel est à l'extérieur et organise sa vie, le sentiment de risque d'abandon par l'institution-mère devient trop important et la dépression devient culminante.

Marcel ne pourra dépasser cette étape et c'est au moment où l'on fera tout pour préserver son maintien dans un foyer, malgré un accès dépressif sévère, qu'il rechutera violemment, sur un mode psychotique (avec angoisse de morcellement et délire) ce qui veut dire qu'il opérera une régression à la position schizoparanoïde (avec ses mécanismes de clivages, bons - mauvais objets, externes et internes).

3°) Les réactions aux thérapeutiques

a) Les réactions à la chimiothérapie antidépressive

On remarque dans l'évolution, les deux types de réaction, classiquement décrites, à la chimiothérapie anti-dépressive.

Dans un premier temps, jusqu'à la sortie de l'hôpital (Juillet 1972), les anti-dépresseurs ont une action le plus souvent psychodysléptique retardée. En Août 1970, la mise sous ANAFRANIL (150 mg) déclenche tardivement une rechute de l'angoisse de morcellement avec extériorisation des problèmes de culpabilité liée aux activités auto-érotiques. En Janvier 1972, le même phénomène se reproduit avec extériorisation d'une importante thématique homosexuelle. Mais, les prises en charge institutionnelles consécutives à ces rechutes vont aboutir à une structuration plus satisfaisante, et le patient pourra sortir de l'hôpital dans d'assez bonnes conditions.

Dans un deuxième temps, (de Juillet 1972 à Mai 1976), l'apport chimiothérapique anti-dépresseur aura un effet plutôt anti-psychotique et jouera un rôle de soutien narcissique qui permettra à Marcel de multiples tentatives de vie à l'extérieur de l'hôpital.

b) Les réactions à l'institution hospitalière

Une constatation s'impose : c'est la difficulté qu'a l'institution à tolérer les longues périodes de dépression du patient, c'est-à-dire en fait, les difficultés à accepter d'élaborer avec le malade, la position dépressive. C'est ce que nous avons essayé de traduire par le terme de statu-quo dépressif.

En effet, après une rapide amélioration de l'état de morcellement du malade, la stagnation à l'état dépressif, phénomène qui renvoie le soignant à sa propre dépression (position dépressive), constitue une situation très peu gratifiante pour l'institution. Ce statu-quo dépressif est une mise en échec du désir thérapeutique (la guérison étant la sortie et la reprise du travail "comme tout le monde"). On peut dire alors que le malade déprime l'institution qui elle-même, pour éviter la douleur de cette dépression (et de l'atteinte narcissique qu'elle constitue), régresse aux mécanismes de défense psychotiques (ambivalence et clivage en bon et mauvais objets, externes et internes). Ceci peut se traduire par les questions suivantes : "est-ce un bon ou un mauvais malade, sommes-nous de bons ou de mauvais thérapeutes ?

Ce conflit ambivalentiel de l'institution, qui dans ce cas a tendance à se comporter comme une mère toute puissante, est résolu habituellement par une *attitude de rejet plus ou moins partiel*. Le patient est alors plus ou moins désinvesti et cet "abandon" perçu par le malade va renforcer sa dépression (d'abandon) et va renforcer le patient dans son sentiment d'être mauvais, d'avoir fait subir à la mère-institution des outrages irréparables, ce qui *renforce sa culpabilité et son désespoir dépressif*. Ceci va l'amener à retourner aussi à la position schizoparanoïde et ses mécanismes de défense (clivage et projection).

Lorsque la rechute de morcellement survient, le conflit ambivalentiel de l'institution disparaît, il n'y a plus de doute, le patient est bien malade, il est fou, on peut alors le prendre à nouveau en charge, car la culpabilité inconsciente liée au rejet précédent, vient même renforcer le processus de réinvestissement du patient. Ce phénomène n'est pas totalement négatif comme on pourrait le croire au premier abord, car si ces mécanismes institutionnels sont perçus, compris, grâce à un travail d'analyse institutionnelle, ce réinvestissement peut prendre valeur de *réparation* et aider par la suite à l'élaboration de la position dépressive et permettre son dépassement en favorisant aussi l'accès du patient aux mécanismes de la réparation.

Malheureusement, dans le cas de Marcel, l'insuffisance ou l'impossibilité de cette prise de conscience institutionnelle aboutit plutôt à la répétition des phénomènes évoqués. Il faut que le patient soit "très malade", très angoissé et même morcelé pour être pris en charge, c'est-à-dire pour ne pas être abandonné. On peut à ce propos, établir une analogie entre l'institution et la "mère de psychotique" qui ne supporte son enfant que dans une relation de dépendance totale et de gratification permanente (relation en miroir).

Après la sortie de Juillet 1972, jusqu'en Mai 1976, la prise en charge institutionnelle ne sera en fait qu'une longue période d'étirement du "cordon ombilical" entre Marcel et l'institution hospitalière, dans laquelle, la non-introduction d'un référent paternel (qui aurait pu être un psychothérapeute lors d'une prise en charge de secteur, au dispensaire par exemple) de même que la non explicitation du sens des phénomènes dépressifs, vont aboutir

au renforcement des craintes d'abandon et de l'idée de dépendance vitale de la mère-institution toute puissante. Ceci, comme nous l'avons vu, ne pourra se résoudre à nouveau que par un morcellement et une régression violente à "l'utérus" maternel. ("Le service est vécu comme une vaste cavité utérine dont on ne peut le faire sortir sans qu'il risque de mourir...")

4°) Le problème de la structure psychotique et le pronostic

Malgré le peu de données précises que nous avons sur le déroulement de la petite enfance de Marcel, un fait prédominant nous apparaît quant aux problèmes des traumatismes psychologiques initiaux : c'est la notion de rejet et d'abandon.

En effet, la petite enfance de ce patient est marquée par un double rejet (vécu dans les deux sens) :

- le rejet du père (éthylique), que la mère quitte à l'occasion de l'hospitalisation de celui-ci (le rejet symbolique ayant été sûrement antérieur au rejet réel)
- puis l'abandon de Marcel par sa mère, aux organismes de tutelle sociale.

L'enfance et l'adolescence se sont ensuite déroulées dans les investissements et abandons successifs et réciproques de multiples institutions où l'image prédominante est une image maternelle substitutive toute puissante. On peut signaler à ce propos que Marcel a toujours été très dépendant des organismes sociaux qui lui ont même imposé le choix de son métier de menuisier (référence à un aspect du père) ce qui peut être à la base des difficultés qu'il a eues par la suite à exercer cette profession.

L'histoire clinique par la suite semble être une répétition des problèmes transférentiels à la mère, au niveau de l'institution hospitalière et se manifeste sur le plan dynamique par les difficultés à élaborer la position dépressive.

En ce qui concerne la thématique homo-sexuelle, l'élément automatisé mental peut être considéré comme étant déjà un précurseur de cette thématique. Mais en fait, on constate que les éléments homosexuels ne sont exprimés dans le cas de ce patient qu'à la suite des expériences de morcellement "provoquées" par la chimiothérapie antidépressive et en particulier à la fin de la deuxième hospitalisation qui a duré près de deux ans et demi.

Cet élément aboutit même à un essai de relation hétérosexuelle partielle (essai d'avoir des rapports sexuels avec une prostituée), et surtout à l'élaboration d'une relation d'objet narcissique (départ de l'hôpital pour aller vivre dans la famille de sa petite amie).

Ainsi, si l'on tente de se référer à la classification des psychoses proposées par GUYOTAT et Coll., il semble que nous ayons, après trois ans d'évolution, la constitution d'une psychose de type II. Cette structuration, malgré la rechute de Mai 1976, nous semble assez bien confirmée, bien qu'étant fragile. Mais il nous semble aussi que, sans vouloir négliger les données

structurales initiales (de meilleur pronostic que pour l'observation n° 1) et malgré le caractère restreint de la prise en charge thérapeutique institutionnelle, cette structuration ait été en grande partie acquise, sous l'influence des moyens thérapeutiques mis en jeu. Nous pouvons aussi dire qu'un moment de la position dépressive a été revécu et qu'une base relationnelle même minime a été élaborée.

Il reste à savoir si la dernière rechute de morcellement ne laissera pas trop de traces et si un meilleur processus d'élaboration dépressive sera par la suite mis en place afin d'éviter la répétition et la chronicisation, c'est-à-dire la pétrification des possibilités dynamiques du système dépressif tel que nous l'avons exposé.

IV - L'Elaboration de la Position dépressive, son échec et la fixation aux mécanismes de défense de celle-ci (Observation n° 3)

=====

1°) Le diagnostic classique

A la suite du premier épisode psychotique de Paul survenu au service militaire (sur lequel nous n'avons que peu de renseignements), puis surtout, à la suite de la première hospitalisation à l'hôpital psychiatrique, le diagnostic posé a été : *schizophrénie hébéphrénique* évoluant vers une organisation autistique où dominent l'athymhormie et l'apragmatisme.

Par la suite, l'évolution dysthymique sous traitement symptomatique est en faveur d'une *psychose maniaco-dépressive*; les accès psychopathiques et délictueux étant mis sur le compte des troubles de l'humeur.

2°) La dynamique des mouvements dépressifs

Lors de la première hospitalisation à l'hôpital psychiatrique, Paul présentait déjà, outre un syndrome d'automatisme mental et une angoisse de morcellement, des éléments dépressifs. Ces éléments seront vite au premier plan, le traitement neuroleptique venant rapidement "effacer" les signes psychotiques.

Cette dépression avec ses sentiments de culpabilité et d'auto-dépréciation prendra rapidement l'allure d'un véritable état sub-mélancolique faisant porter une indication de sismothérapie. L'inhibition psychomotrice dominant dans cet état et Paul ne réagissant pas apparemment au décès par suicide de sa mère, cette symptomatologie dépressive est envisagée comme l'aspect déficitaire d'une organisation autistique de l'évolution de l'état psychotique initial.

Cependant cette dépression va s'améliorer sous chimiothérapie anti-dépressive courante (ANAFRANIL), jusqu'à permettre la sortie du patient dans de bien mauvaises conditions (rejet par l'institution).

Il nous semble donc qu'après la régression à la position schizoparanoïde, ce ne soit pas à une organisation autistique que nous ayons assisté, mais à l'élaboration de la position dépressive, la symptomatologie dépressive revêtant une tonalité majeure aggravée certainement par le décès de la mère du patient (expérience de perte réelle). Et il est probable que le travail de deuil a majoré l'intensité du désespoir dépressif.

Après "l'expulsion" du service, un mois après, la deuxième hospitalisation a lieu à l'occasion d'un épisode hypomaniaque (Paul venant se présenter de son propre gré dans le service où il avait été précédemment hospitalisé).

Durant cette hospitalisation (Juillet 1970) et jusqu'à la suivante (Mars 1972) nous assisterons à l'hôpital comme à l'extérieur, à une alternance d'états d'hypomanie très rapidement suivis d'états dépressifs beaucoup plus longs. On note dans cette période, l'existence d'antécédents d'accès hypomaniaques généralement "arrosés" d'alcool dans la période ayant précédé la première hospitalisation et postérieure au séjour à l'hôpital militaire; ce qui nous évoque l'existence antérieure de conduites anti-dépressives. D'autre part, ces épisodes hypomaniaques présentent toujours une reprise discrète des craintes de morcellements :

" Il me semble que je reviens dans l'état où j'étais en Mai 1969... "

La "psychopathisation" et les actes délictueux sont mis sur le compte de l'hypomanie.

Cette période de Juillet 70 à Mars 72 semble correspondre au phénomène de stagnation de la position dépressive et en particulier à la mise en jeu des mécanismes de défenses maniaques de celle-ci (déli-, idéalisation, contrôle omnipotent de l'objet).

Il est à signaler aussi que ce premier accès d'hypomanie (constaté par le corps médical) survient pratiquement à la date du premier anniversaire de la mort de la mère du patient.

A partir de la troisième hospitalisation (Mars 1972), jusqu'à Juillet 1976, nous verrons se constituer de façon quasi franche, soit un accès maniaque (motif de la troisième hospitalisation), soit un accès mélancolique sévère (quatrième hospitalisation) avec tentative de suicide.

Pendant cette troisième période, "l'intervalle libre" entre l'accès maniaque et l'accès mélancolique voit les fluctuations thymiques s'atténuer. Cette période sera par ailleurs dominée par un fait : la condamnation à un mois de prison avec sursis et trois ans de mise à l'épreuve. Cette "épreuve de la réalité" et la notion de mise à l'épreuve semblent avoir été particulièrement bénéfiques pour le malade. Nous verrons alors Paul s'engager dans un processus de réparation symbolique et réel (remboursement de toutes ses dettes et "emprunts") et établir des relations à autrui beaucoup plus stables. Cette période durera deux ans jusqu'à la rechute franchement mélancolique.

3°) Les réactions aux thérapeutiques

a) Les réactions à la chimiothérapie antidépressive

On peut constater, après une réaction négative à la sismothérapie (qui provoque des accès confusionnels), un effet de la chimiothérapie antidépressive : l'inversion de l'humeur (hypomanie avec légère réactivation de l'angoisse de morcellement), et ceci jusqu'à la troisième hospitalisation pour état maniaque franc qui survient cependant après cinq mois d'arrêt de tout traitement.

Cette réaction que l'on peut qualifier de très légèrement psychodysleptique, survient dans un contexte où il n'y a pas de prise en charge psychothérapique effective.

Par la suite, lorsque le patient a établi une meilleure relation avec les instances thérapeutiques et qu'il s'est engagé dans le processus de réparation que nous avons évoqué, il nous semble que l'appoint narcissique des anti-dépresseurs devient plus probant.

Nous pouvons aussi remarquer lors de la dernière rechute mélancolique après la tentative de suicide, dans un premier temps, l'inefficacité quasi totale des anti-dépresseurs même utilisés à fortes doses, ainsi que l'inefficacité des sels de lithium. Ceci nous paraît explicable par le contexte institutionnel que nous allons maintenant aborder.

b) Les réactions à l'institution hospitalière

Lors de la première hospitalisation, nous constatons à peu près les mêmes phénomènes que dans l'observation n° 2. L'institution se révèle incapable pour les raisons déjà évoquées d'élaborer la position dépressive d'autant plus que le personnel médical aborde lui-même cette dépression non comme un phénomène dynamique et évolutif, mais comme un phénomène déficitaire. Il est à noter à ce propos que le bilan psychologique d'entrée qui avait perçu le caractère modéré des phénomènes dissociatifs et "la bonne conservation de la dynamique intérieure", a été totalement méprisé ou du moins scotomisé. Un autre fait qui nous semble très significatif quant à cette impossibilité d'aborder avec le patient la position dépressive, est celui de l'attitude phobique des soignants (bien compréhensible cependant) pour annoncer à Paul le décès de sa mère.

Cette première expérience d'élaboration de la position dépressive, aboutira d'ailleurs au rejet réel du malade par l'institution.

Dans la deuxième partie de l'évolution clinique, le patient aura souvent recours aux défenses maniaques. Ces épisodes, là aussi (comme les rechutes d'angoisse de morcellement que nous avons évoquées pour notre deuxième exemple clinique), permettront au patient d'être réinvesti, à moindre frais pour lui, certes, mais aussi de façon moins massive, car l'hypomanie est un phénomène bien connu des équipes soignantes et surtout beaucoup moins angoissant que l'angoisse psychotique de morcellement.

Mais ce qui est surtout différent par rapport aux phénomènes que nous avons décrits précédemment, c'est que dans le cas de Paul, l'institution ne peut être fondamentalement assimilée à une mère toute puissante car il existe des référents paternels externes très importants. D'une part, il y a les démêlés de Paul avec son propre père; d'autre part, il y a la sanction pénale, la loi qui punit le patient de façon dure (deux mois de prison préventive) le laissant ainsi avec une culpabilité insurmontable pour lui et qui le déprime d'une façon intolérable et l'amène alors à mettre en jeu ses défenses maniaques extrêmes (état maniaque franc à l'origine de la troisième hospitalisation). Lorsque cette loi réprime symboliquement (un mois avec sursis), mais introduit aussi une possibilité de réparation (trois ans de mise à l'épreuve), le patient peut alors s'engager dans un processus de réparation très maturant.

Le dernier aspect institutionnel sur lequel nous aimerions mettre l'accent se situe au niveau de la dernière rechute et de la tentative de suicide.

Nous avons assisté progressivement à l'effritement de la bonne adaptation de Paul à la vie extérieure. Il est de plus en plus instable, il change fréquemment d'emploi etc... et pendant les deux semaines qui précèdent la tentative de suicide, il vient fréquemment à l'hôpital mais sans pouvoir exprimer qu'il se sent moins bien, comme si cela lui était impossible car cela procurerait une trop grande déception aux soignants qui alors le croient ou le considèrent pour ainsi dire guéri. Ce phénomène nous semble être fréquent sur le plan institutionnel et on peut le référer par analogie au comportement de la "mère toute puissante" qui n'accepte que les bons côtés de son enfant. L'enfant n'a pour ainsi dire pas le droit de la décevoir, sans cela il lui porte atteinte narcissiquement, ce qui devient aussi pour lui une atteinte narcissique.

Paul est alors conduit à faire une tentative de suicide qui symptomatologiquement peut être qualifiée d'appel, d'une part pour éviter les phénomènes douloureux de sa dépression et d'autre part pour avoir une sorte d'alibi pour se faire reprendre en charge par le service soignant. Paradoxalement à sa sortie du coma et dès son arrivée dans le service, son état dépressif s'aggrave (d'ordinaire lors de véritables tentatives de suicide d'appel, nous pouvons constater l'inverse). Son état s'aggrave malgré l'escalade importante de la chimiothérapie anti-dépressive jusqu'à entraîner des troubles somatiques importants. Ceci nous semble pouvoir être interprété ainsi : une mise en oeuvre d'un traitement important ne peut signifier pour le patient dans ce cas, qu'un désir de le guérir rapidement et donc de le faire sortir rapidement ce qui ne peut alors que porter à leur maximum ses craintes d'être abandonné, rejeté par la mère-institution. Ce n'est qu'après la mise en scène d'un suicide par strangulation et la réclamation d'exams complémentaires (pour vérifier qu'il n'y a pas de séquelles à sa tentative de suicide), et ce n'est que lorsque les soignants, par leur attitude, ont rassuré Paul, qu'ils le considèrent bien comme malade et qu'ils acceptent de le garder le temps nécessaire, qu'une amélioration de l'état sub-mélancolique pourra se profiler.

Ainsi, sur le plan institutionnel, dans cet essai d'élaboration de la position dépressive, mais où il y a impossibilité de la dépasser avec mise en jeu des défenses maniaques, nous devons encore admettre une analogie entre l'institution et la mère narcissique toute puissante. A la différence de l'observation précédente, les références au père existent (nous l'avons déjà développé), ce qui nous fait d'autant regretter qu'il n'y ait pu avoir dans la prise en charge une possibilité de soins à l'extérieur de l'hôpital (avec un thérapeute extérieur à l'hôpital) qui aurait pu faire le lien entre extérieur et intérieur et éviter les clivages, car pour Paul, il semble encore souvent que

lorsque l'extérieur devient bon, l'intérieur devient mauvais et vice-versa).

4°) Le problème de la structure psychotique et le pronostic

Nous n'avons pratiquement pas de données sur le déroulement de la petite enfance de Paul. On sait seulement qu'il fut un adolescent plutôt triste et solitaire. Mais par contre, au niveau des antécédents familiaux, on note un père éthylique et une mère qui a été soignée à l'hôpital psychiatrique pour dépression avant son mariage avec Monsieur D., sans oublier qu'elle s'est suicidée par défenestration lors du premier séjour à l'hôpital de son fils. On sait aussi qu'un frère aîné a aussi été soigné à l'hôpital psychiatrique pour dépression. Ces antécédents ne sont pas cependant identifiés comme des antécédents de psychose maniaco dépressive à forme bipolaire.

En ce qui concerne la thématique homosexuelle, bien que les éléments de crainte homosexuelle ne soient pas franchement exprimés en dehors de la signification du syndrome d'automatisme mental, de nombreux éléments sont en faveur d'une évidente "structuration" homosexuelle et en faveur de l'existence chez le patient du mode prévalent de relation d'objet narcissique.

Nous citerons :

- le lien particulier à certains employeurs (artisans, compagnons)
- les "copains" que nous avons un peu omis de signaler dans l'observation, avec lesquels le patient va "faire la fête" ou jouer de la guitare.
- La relation avec l'ami artiste peintre qui semble avoir été à une époque très bénéfique pour Paul, et surtout très valorisante.
- Enfin sa relation avec une jeune femme, relation qui a été assez longue, puis relation avec une jeune malade de l'hôpital.

Nous insisterons encore sur la particulière sensibilité du patient à l'épreuve de la réalité, en ce qui concerne le jugement pénal qui lui a permis l'abord d'un processus de réparation structurant.

Ainsi, sur le plan de la structure, cet état de psychose peut se caractériser par une élaboration de la position dépressive avec accès au mécanisme de réparation. Mais le risque et la crainte de perte d'objet n'étant pas suffisamment dépassés, le patient a recours aux mécanismes de défenses maniaques.

Si l'on se réfère à la distinction de GUYOTAT et Coll. nous pouvons considérer le type de psychose présenté comme une structuration de type II quasi initiale, bien que le tableau de départ puisse évoquer une entrée dans la schizophrénie. Après huit ans d'évolution sous l'influence des moyens thérapeutiques habituels, nous nous trouvons en présence d'une structuration de type maniaco-dépressive, ce qui plaide en faveur de la possibilité de résolution de certains troubles dissociatifs schizoïdes en alternances maniaco-dépressives, et donc plaide en faveur d'une psychose maniaco-dépressive d'origine psychogène telle que l'évoque MARIE-CARDINE dans un article récent du LYON-Médical 1976 ("Les formes psychogènes de la psychose maniaco-dépressive").

Nous serions tenté de nous demander même dans une ultime interrogation si la plupart des psychoses maniaco-dépressives ne constitueraient pas en fait une manière de résoudre le morcellement schizophrénique (ou certaines formes de

morcellement schizophrénique) et si dès lors la psychose maniaco-dépressive dite endogène (avec ses éléments héréditaires certains) ne constituerait pas une entité neuro-psychiatrique qui serait aux troubles thymiques dans leur ensemble ce que l'hallucinoïse pédonculaire est aux divers et innombrables troubles hallucinatoires de la psychiatrie. En ce sens l'entité psychose maniaco-dépressive, telle qu'elle est encore considérée actuellement, pourrait être un des derniers grands mythes de la nosographie du XIX^{ème} siècle.

V - La Dépression, lieu (espace-temps) d'une thérapeutique

=====

Lors d'un accès psychotique de type schizophrénique, nous pouvons, sous l'influence des moyens thérapeutiques mis en oeuvre, voir trois types d'évolution :

- soit une persistance des phénomènes délirants et de morcellement (ce qui est de plus en plus rare).
- soit une évolution de type autistique : les éléments dépressifs que l'on constate sont surtout de type déficitaire. (Cette évolution se voit aussi de moins en moins, surtout lorsqu'il s'agit d'accès initiaux).
- soit une évolution dynamique dépressive. Le diagnostic différentiel entre évolution dépressive dynamique et organisation autistique peut être relativement délicat, mais, quoi qu'il en soit, les progrès de la thérapeutique, tant chimique que relationnelle, et les prises en charge plus précoces, tendent à rendre ce problème de plus en plus historique.

L'évolution dépressive dynamique peut être vue comme une réactualisation du développement infantile selon M. KLEIN, à savoir principalement sous l'aspect dynamique : le passage de la position schizo-paranoïde à la position dépressive.

Cette position dépressive, élément capital de la structuration psychologique de l'individu, dans son abord, son élaboration et son dépassement, peut alors dans cette réactualisation :

- soit ne pas être abordée (les mécanismes de la position antérieure schizo-paranoïde étant trop importants).
- soit donner lieu à des régressions momentanées à la position schizoparanoïde.
- soit donner lieu à des fixations pathologiques aux mécanismes de défense de la position dépressive elle-même.
- soit être élaborée et dépassée dans le processus structurant de la réparation.

Cette tentative de restructuration est, bien sûr, tributaire des données structurales initiales de la personnalité (développement infantile et traumatismes psychologiques liés à celui-ci). Mais elle se déroule aussi en fonction de la qualité de la prise en charge du patient, c'est-à-dire en fonction de l'utilisation judicieuse d'une chimiothérapie intégrées aux données

relationnelles, et en fonction d'une thérapeutique institutionnelle éclairée, non totalitaire et ouverte sur l'extérieur.

Il nous a paru souvent préjudiciable pour le patient de lui faire revivre des régressions à des expériences de morcellement ou d'inversion de l'humeur par l'utilisation d'une chimiothérapie anti-dépressive purement symptomatique. Par ailleurs, les réactions institutionnelles que l'on peut qualifier de pathologiques peuvent aussi favoriser les fixations à des mécanismes de défense de type psychotique.

Nous avons voulu, dans ce travail, attirer l'attention sur le problème de la structuration psychotique acquise sous l'influence des divers moyens thérapeutiques mis en jeu habituellement et sur le rôle fondamental de la dépression dans ces structurations, ainsi que sur le problème de la "négociation" thérapeutique de cette dépression dans l'évolution des accès psychotiques de type schizophrénique.

Ainsi, vu sous un aspect dynamique, en tant que lutte pour le dépassement des processus psychotiques les plus archaïques, la dépression nous apparaît comme une véritable plaque tournante dans l'évolution vers un processus de guérison, et comme une étape privilégiée pour la mise en place d'une thérapeutique aussi complète que possible.

-oOo-

- C O N C L U S I O N S -

Nous avons tenté, dans ce travail, de présenter le problème de la relation entre la Dépression et la Psychose et en particulier le problème de l'intrication de celles-ci.

Si très longtemps le clinicien a essayé de séparer pour diverses raisons Dépression et Psychose, il nous est apparu qu'en fonction de données récentes tant cliniques que chimiothérapiques et psychanalytiques, il s'avère de plus en plus difficile d'en faire deux entités distinctes.

1°) La dépression, phénomène éprouvé par tout individu à un moment de sa vie en ce qu'il naît de la relation de l'homme à sa propre mort, se trouve forcément au coeur du problème de celui qui a à lutter contre sa folie, contre cette crise psychotique qui, à n'en pas douter, constitue une confrontation des plus critiques à sa non existence, à sa mort.

Si l'on peut alors mettre en évidence une certaine unité de la dépression chez l'homme, qu'il soit dit "normal" ou pathologique, il apparaît qu'on puisse aussi accepter avec les travaux psychanalytiques une certaine unité entre les mécanismes dynamiques de la dépression et ceux de la psychose. Cela n'est pas, pour nous, postuler une unicité causale, mais admettre qu'il existe un lien étroit entre les mécanismes dépressifs et psychotiques.

Ce lien ou ces liens que nous avons évoqués sont contenus dans le concept de Narcissisme (concept aux mécanismes les plus complexes dont l'abord par différentes approches, ne cesse de se développer depuis quelques dizaines d'années).

2°) C'est autour de ce problème central de la dépression et de ses relations avec la psychose que s'est posée la différenciation à l'intérieur même du groupe des psychoses de type schizophrénique, de deux grandes catégories de psychoses :

a) Les psychoses avec fluctuations dépressives (Thymiques), caractérisées par :

- Un pronostic à long terme relativement favorable.
- L'existence d'un effet antipsychotique lors d'un abord par la chimiothérapie antidépressive.
- L'existence d'une relation d'objet privilégiée, stable ("Structuration" homosexuelle et relation d'objet narcissique).
- Une sensibilité à l'épreuve de la réalité. .

b) Les psychoses sans symptomatologie dépressive expressive, correspondant aux classiques schizophrénies, caractérisées par :

- Un pronostic à long terme plutôt défavorable.
- L'existence d'une réaction psychodysleptique à la chimiothérapie antidépressive.
- Le non établissement d'une relation d'objet narcissique stable.
- Une insensibilité relative à l'épreuve de la réalité.

Nous avons remarqué que la distinction entre ces deux types de psychose, outre le problème structural (psychanalytique) qu'elle sous-tend, fait correspondre le groupe des psychoses à pronostic défavorable, tant sur le plan des pratiques médicamenteuses que relationnelles (effets psychodysleptiques des anti-dépresseurs et difficultés de l'abord relationnel), à des réactions thérapeutiques négatives (termes que nous utilisons au sens littéral, par analogie au concept psychanalytique de réaction thérapeutique négative).

3^a) A partir de notre étude théorique et de l'étude clinique de trois observations, dans laquelle nous avons essayé d'apporter des éléments de la dynamique kleinienne" (l'accès psychotique étant vu comme une régression à la Position schizo-paranoïde infantile à partir de laquelle le patient et les soignants vont avoir à élaborer la Position dépressive, cette élaboration étant une des conditions essentielles de l'accès à une relation d'objet narcissique stable), nous proposons une formulation complémentaire à ce qui pourrait apparaître comme une distinction pure et simple de deux types de psychoses :

a) Dans les états de psychoses avec mouvements dépressifs, il nous faut mieux comprendre ces mouvements afin de pouvoir dans la relation "négociateur" de façon plus efficace les éléments dépressifs et les éléments psychotiques sous-jacents et ainsi éviter les régressions franchement psychotiques (de morcellement et de persécution).

b) Dans les états de psychoses sans fluctuations dépressives et à angoisse de morcellement prédominante, il nous faut mieux comprendre en quoi la structuration psychotique demeure relativement figée, bloquée et comment aider le patient à accéder à la relation d'objet privilégiée précédemment évoquée, en considérant les mouvements dépressifs qui apparaissent alors.

Le développement des études sur le Narcissisme, sur les relations d'objet partiel (et l'identification projective) et sur le concept psychanalytique de la réaction thérapeutique négative devrait, dans l'avenir, permettre de mieux saisir de lien entre ces deux types d'états psychotiques ainsi que le problème du passage de l'un à l'autre.

4°) Enfin, nous avons formulé brièvement quelques conclusions sur le plan institutionnel et chimio-thérapique en montrant qu'une véritable thérapeutique à l'hôpital ne peut être proposée au patient psychotique sans qu'il ne soit tenu compte des données relationnelles que nous avons essayé d'envisager.

Cet essai s'inscrit en réaction à un cloisonnement nosographique rigide traditionnel tel que Troubles de l'Humeur - Troubles de la conscience, Psychoses dysthymiques - Schizophrénie, et propose d'éclairer la recherche d'un lien entre les mécanismes dépressifs et psychotiques dans l'évolution des états psychotiques de type schizophrénique.

Vu, le Directeur de l'U.E.R.
GRANGE-BLANCHE

B. SALLE

Le Président de la Thèse,

Pr J. GUYOTAT

Vu et permis d'imprimer,

LYON, le 15 AVRIL 1977

Le Président de l'Université Claude Bernard,

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales,

D. GERMAIN

- BIBLIOGRAPHIE -

1 - ABRAHAM K.

- Oeuvres complètes Tomes I et II - S.H. Payot 1966

2 - AJURIAGUERRA J. de

- Manuel de Psychiatrie de l'enfant - Masson et Cie 1971

3 - BALINT M.

- Les voies de la régression - S.H. Payot 1972

4 - BALVET P.

- Le vécu dépressif et le vécu mélancolique

- Notes prises aux séminaires du Dr Balvet 1972

5 - BARUK H.

- Les syndromes schizophréniques relevant de la psychose périodique
maniaco-dépressive

- Ann. Méd. Psychol. 122, 1, 4 Avril 1964

6 - BERGERET J.

- Abrégé de psychologie pathologique - Masson et Cie 1972

7 - BERGERET J.

- La dépression et les états-limites - S.H. Payot 1975

8 - BINSWANGER L.

- Discours, parcours et Freud - N.R.F. Gallimard 1970

9 - BLEULER E.

- Dementia Praecox ou groupe des schizophrénies
- Analectes. Ed. Théraplix 1969

10 - BONNET H. - COUADE M. et BERAUDY J.

- Troubles de l'Humeur et psychoses chroniques
- Inf. Psych. vol. 49 n° 7 Sept. 1973

11 - BONNET H.

- Psychoses et troubles aigus de l'Humeur - Réflexions cliniques et thérapeutiques
- Inf. Psych. vol. 51 n° 4 Avril 75

12 - BOUVET M.

- Oeuvres psychanalytiques I. La relation d'objet
- S.H. Payot 1967

13 - CASTETS B.

- La faille - Essai sur l'état dépressif
- Privat Ed. 1975

14 - DAUMEZON G. et LANTERI - LAURA G.

- L'état mixte est-il une notion psychiatrique utile ?
- Ann. méd. psychol. 119 - Janvier 61

15 - DELAY J.

- Les dérèglements de l'Humeur - P.U.F. 1961

16 - DENIKER et Coll.

- Utilisation des antidépresseurs dans les psychoses schizophréniques in l'Anafranil en dehors des états dépressifs.
Colloque 29-30 Mai 1970 - Ed. GEIGY

17 - DIGO R.

- Mélancolie - Etude clinique
- E.M.C. Psychiatrie 37210 A¹⁰ - 1955

18 - DUCHENE H. et AZOULAY J.

- Psychose périodique maniaco-dépressive
- E.M.C. Psychiatrie 37220 A¹⁰ 1960

19 - DUBOR P.

- Action des médicaments psychotropes sur les processus de liaison dans la génèse des fantasmes et des représentations
- Inf. Psy., 51 né 6 - Juin 1975

20 - EBTINGER R.

- Le dialogue Abraham-Freud sur la mélancolie
in Confrontations Psychiatriques né 14 - 1976 - Spécia S.A.

21 - EY. H. - BERNARD P. - BRISSET Ch.

- Manuel de Psychiatrie - Masson et Cie 1967

22 - EY. H.

- La mélancolie
in Etudes psychiatriques T. III Etude 22 - Desclée de Brouwer 1954

23 - EY. H.

- Le groupe des schizophrénies
- E.M.C. Psychiatrie 37281 A¹⁰ - 1955

24 - FEDIDA P.

- L'organe psychique
in Nouvelle Revue de psychanalyse né 12 "La psych  " Gallimard 1975

25 - FOUCAULT M.

- Histoire de la folie à l'âge classique - N.R.F. Gallimard 1972

26 - FOUCAULT M.

- La naissance de la clinique - "Galien" P.U.F. 1972

27 - FREUD A.

- Le Moi et les mécanismes de défenses - P.U.F. 1952

28 - FREUD S.

- Introduction à la psychanalyse - P.B. Payot 1965

29 - FREUD S.

- Pulsions et destins des pulsions
 - Le refoulement
 - l'Inconscient
 - Deuil et mélancolie
- in "METAPSYCHOLOGIE" - Coll. idées Gallimard 1968

30 - FREUD S.

- Le président Schreber in "Cinq psychanalyses"
- P.U.F. 1954

31 - FREUD S.

- Contribution à la psychologie de la vie amoureuse
 - Pour introduire le narcissisme
- in "La vie sexuelle" - P.U.F. 1970

32 - FREUD S.

- Au delà du principe de plaisir
 - Psychologie collective et analyse du Moi
 - Le Moi et le Ca
- in "Essais de Psychanalyse" P.B. Payot 1967

33 - FREUD S.

- Névrose et psychose
 - La perte de la réalité dans les névroses et dans les psychoses
- in "Névrose, Psychose et Perversion" - P.U.F. 1973

34 - FREUD S.

- Inhibition, symptôme et angoisse - P.U.F. 1971

35 - FREUD S.

- Analyse terminée et analyse interminable
in R.F.P. 1938 - 1939 10-11 n° 1

36 - FREUD S.

- Abrégé de psychanalyse - P.U.F. 1950

37 - GREEN A.

- Le narcissisme primaire : structure ou état ?
in " L'Inconscient " n° 1 et 2 - 1967

38 - GRUNBERGER B.

- Le Narcissisme - S.H. Payot 1971

39 - GUEx G.

- Le syndrome d'abandon - P.U.F. 1973

40 - GUIRAUD P.

- Origine et évolution de la notion de schizophrénie
in "Confrontations psychiatriques" n° 2 1969 Ed. Spécia S.A.

41 - GUYOTAT J.

- Les schizophrénies. Les monographies médicales et scientifiques
- Ed "Heures de France" n° 108 Nov-Déc. 1963

42 - GUYOTAT J.

- Modes de début des schizophrénies
- Revue Méd. Lyon. 18 n° spécial 1969

43 - GUYOTAT J. - FAVRE-TISSOT M. - MARIE-CARDINE M.

- Les médicaments anti-dépresseurs dans les psychoses
- 5ème Congrès du Collège international de psychopharmacologie.
WASHINGTON 1966
- Excerpta Medica - International Congress - séries n° 129

44 - GUYOTAT J.

- La relation d'objet du déprimé et des modifications sous influence du traitement par les médicaments anti-dépresseurs
- IVème Congrès Mondial de psychiatrie MADRID 5-11 Septembre 1966
in Psychiatry, LOPEZ-IBOR J. Ed.

45 - GUYOTAT J.

- Aspect du narcissisme dans les psychoses (réflexions à partir d'expériences de thérapies institutionnelles et de certaines chimiothérapies
in Ev. Psych. 1970 - 35

46 - GUYOTAT J.

- Psychose et dépression. A propos des effets d'un anti-dépresseur la chlomipramine
Communication au Congrès National de Psychiatrie de MEXICO Dec.1971

47 - GUYOTAT J.

- Recherches sur l'action psychodynamique de certains médicaments psychotropes.
in Confrontation psychiatrique n° 9 - 1972 - Ed. Spécia S.A.

48 - GUYOTAT J.

- Sur quelques aspects psychanalytiques de la dépression
- Journées d'information psychiatrique. MARSEILLE 15-16 Mars 1974

49 - GUYOTAT J. et MARIE-CARDINE

- Médicaments psychotropes et psychothérapies
- E.M.C. Psychiatrie 37820 B 90 - 1975

50 - GUYOTAT J.

- La place du père dans la psychose et dans l'institution
 - Rencontres franco-italiennes de Psychiatrie "Famille et Psychose"
- PAVIE - Italie - Avril 1976

51 - GUYOTAT J. - CAPPADORO R. - MARIE CARDINE M.

- Pour une nouvelle classification des psychoses
 - Journée Nationale de l'évolution psychiatrique 20 Nov. 1976 Strasbourg
- à paraître in l'Evol. Psych.

52 - HAKIN C.

- Tentative de discrimination des schizophrénies dysthymiques et des psychoses maniaco-dépressives au cours du traitement par les sels de lithium
- in "Symposium sur les troubles thymiques dans les schizophrénies"
- Paris 27 Mai 1975 - ROCHE Ed. 1975

53 - HOCHMANN J.

- Pour une psychiatrie communautaire - Ed. du Seuil 1971

54 - JALLADE S. - LOSSON J.P. - LOSSON M. - MARIE-CARDINE M.

- La théorie psychanalytique du délire
- Cahiers Méd. Lyonnais T. 43 n° 24 Octobre 1967

55 - JUILLET P. - VAUTERIN Cl.

- Les troubles thymiques, premières manifestations des schizophrénies
- in "Symposium sur les troubles thymiques dans les schizophrénies"
- 27 Mai 1975 - Ed. ROCHE 1975

56 - KASANIN J.

- The acute schizoaffective psychoses
- Amer J. Psychiat. 13, 97-126 (1933)

57 - KERNBERG O.

- Narcissisme normal et narcissisme pathologique
in "Nouvelle revue de psychanalyse" n° 13 "Narcisses" 1976 Gallimard

58 - KLEIN M.

- La psychanalyse des enfants - P.U.F. 1959

59 - KLEIN M.

- Essais de psychanalyse - S.H. Payot 1967

60 - KLEIN M.

- Envie et gratitude - N.R.F. Gallimard 1968

61 - KLEIN M. et RIVIERE J.

- L'amour et la haine - P.B. Payot 1972

62 - KLEIN M. - HEINEMANN P. - ISAACS S. - RIVIERE J.

- Développement de la psychanalyse - P.U.F. 1966

63 - KRAEPELIN E.

- Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive
in " Rhadamante " Privat Ed. 1970

64 - LABOUCARIE J.

- Le devenir des psychoses délirantes aiguës et le risque de leur évolution schizophrénique secondaire
in "Confrontations psychiatriques" n° 2 Specia SA 1968

65 - LACAN J.

- Ecrits Ed. du Seuil 1966

66 - LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B.

- Vocabulaire de la psychanalyse - P.U.F. 2ème éd. 1968

67 - LANTERI-LAURA G.

- La psychiatrie phénoménologique - P.U.F. 1963

68 - LECLAIRE S.

- On tue un enfant - Ed. du Seuil 1975

69 - LEMPERIERE Th.

- Etude clinique des troubles thymiques dans les schizophrénies
in "Symposium sur les troubles thymiques dans les schizophrénies"
27 Mai 1975 - Ed. ROCHE 1975

70 - MALE P. et GREEN A.

- Les préschizophrénies de l'adolescence - in Evol. Psych. 1958 fasc.II

71 - MALLET J.

- La dépression névrotique - Evol. Psych. 1955 fasc. III

72 - MARIE-CARDINE M. - GUYOTAT J.

- Intervention à la 2ème journée nationale d'Actualités psychiatriques
- Aix en Provence 7-6-75 - in Actualités psychiatriques 1975 - n° 5

73 - MARIE-CARDINE M.

- Les formes psychogènes de la psychose maniaco-dépressive
- à paraître in "LYON Médical" N° spécial (centenaire de l'hôpital du
Vinatier)

74 - MENDLEWICZ J.

- Aspects génétiques dans les schizophrénies dysthymiques
in "Symposium sur les troubles thymiques dans les schizophrénies"
Paris 27 Mai 1975 ROCHE Ed. 1975

75 - MENDLEWICZ J.

- Héritéité et psychose maniaco-dépressive
in "Confrontations psychiatriques" n° 14 Specia S.A. 1976

76 - MINKOWSKI E.

- Le temps vécu - Delachaux - Niésthle 1968

77 - MINKOWSKI E.

- Traité de psychopathologie - P.U.F. "Logos" 1966

78 - MINKOWSKI E.

- La schizophrénie (Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes)
- Desclée de Brouwer 1953

79 - MORTELIER-PHILIPPE M.

- Quand le fou se tue... Thèse LYON 1975

80 - RACAMIER P.C.

- Le psychanalyste sans divan - S.H. Payot 1973

81 - RESNIK S.

- Personne et psychose - S.H. Payot 1973

82 - ROPERT R.

- Problèmes thérapeutiques posés par les troubles thymiques dans les schizophréniques
- in "Symposium sur les troubles thymiques dans les schizophrénies"
- Paris 27 Mai 1975 - ROCHE - Ed. 1975

83 - ROSEN J.N.

- L'analyse directe - P.U.F. 1960

84 - ROSENFELD H.

- Les aspects agressifs du narcissisme
- in "Nouvelle revue de psychanalyse" - Narcisses - N° 13 - 1976 - Gallimard

85 - ROSENFELD H.

- Etats psychotiques - P.U.F. Le fil rouge - 1976

86 - ROSENFELD H.

- Communication sur l'identification projective
- La réaction thérapeutique négative
- Introduction à la discussion sur "l'approche clinique de la théorie psychanalytique des instincts de vie et de mort"

Conférences mensuelles à la bibliothèque du Vinatier 1976-1977

87 - ROSOLATO G.

- Essai sur le symbolique - N.R.F. Gallimard - 1969

88 - ROSOLATO G.

- L'axe narcissique des dépressions
- in "Nouvelle revue de psychanalyse" n° 11- Figures du vide - Gallimard - 1975.

89 - ROSOLATO G.

- Le narcissisme
- in "Nouvelle revue de psychanalyse" N° 13 - Narcisses - Gallimard - 1976

90 - SAMUEL - LAJEUNESSE B.

- Les limites nosographiques entre les schizophrénies et la psychose maniaco dépressive
- in "Symposium sur les troubles thymiques dans les schizophrénies"
- Paris 27 Mai 1975 - ROCHE - Ed. 1975

91 - SEARLES H.

- Les sources de l'angoisse dans la schizophrénie paranoïde
- in "Nouvelle revue de psychanalyse" n° 9 - Le dehors et le dedans - Gallimard - 1974

92 - SECHEYAHE M.F.

- Journal d'une schizophrène - P.U.F. 1970

93 - SEGAL H.

- Introduction à l'oeuvre de Mélanie KLEIN - P.U.F. - 1974

94 - SPITZ R.A.

- La première année de la vie de l'enfant - P.U.F. 1969

95 - SUTTER J.M. - SCOTTO J.C. et Coll.

- Les psychoses périodiques à formes paranoïdes
- Communication au 62ème Congrès de Psychiatrie et Neurologie de langue Française 1964
- MASSON et Cie - Ed. Paris - 1965

96 - SUTTER J.M. - CHABERT G.

- Réflexion sur 80 schizophrènes remontant à plus de 10 ans. A la recherche de lignes de partage naturelle du groupe des schizophrénies.
- Encéphale n° 5 - 56 - 1967

97 - WIDLOCHER D.

- Relations entre les troubles thymiques et la schizophrénie. Aspect psychodynamique
- in "Symposium sur les troubles thymiques dans les schizophrénies"
- 27 Mai 1975 - Paris ROCHE Ed. 1975

98 - WINNICOTT D.W.

- La crainte de l'effondrement
- in "Nouvelle revue de psychanalyse" n° 11 - Figures du vide - Gallimard - 1975

99 - WINNICOTT D.W.

- Processus de maturation chez l'enfant. S.H. Payot - 1970

100 - WYRSCH J.

- La personne du schizophrène - P.U.F. 1975

TABLE DES MATIERES

=====

<u>INTRODUCTION</u>	1
Les origines et les fondements de notre étude	
Limites de notre sujet	
 <u>Ière PARTIE - DE LA DEPRESSION A LA DEPRESSION DANS LA PSYCHOSE</u>	5
<u>Chapitre I - DEPRESSION</u> : quelques généralités sur la dépression.....	6
A - La dépression : symptôme - Syndrome - Maladie	6
B - Dépression névrotique et Dépression psychotique	7
1 - Les dépressions dites névrotiques ou réactionnelles.....	7
2 - Les dépressions dites psychotiques.....	9
3 - Les dépressions dites symptomatiques	10
C - Quelques données étiopathogéniques et psychopathologiques....	10
1 - Les données biologiques et constitutionnelles.....	10
2 - Les données phénoménologiques	11
3 - Les données psychanalytiques	12
<u>Chapitre II - DEPRESSION ET PSYCHOSE</u>	14
A - "Les troubles thymiques dans les psychoses schizophréniques"	14
1 - Evolution des données cliniques traditionnelles	14
2 - Les données cliniques en fonction des nouvelles	
méthodes thérapeutiques	15
- thérapeutiques physiques	15
- chimiothérapies	16
B - Les études psychanalytiques	18
1 - "Le dialogue ABRAHAM-FREUD sur la mélancolie"	18
a) ABRAHAM -1911	19
b) FREUD 1917 "Deuil et Mélancolie"	20
c) FREUD de 1921 à 1924 - La deuxième topique	21
d) ABRAHAM - 1924	22
e) Fin du dialogue ABRAHAM-FREUD sur la Mélancolie	23

2°) Les travaux de Mélanie KLEIN	23
a) Les "divergences" avec FREUD	23
b) Les stades du développement de l'enfant	24
- l'angoisse primaire	24
- la position schizoparanoïde	24
- la position dépressive	26
c) La complémentarité aux travaux de FREUD	28
<u>Chapitre III - DEPRESSION - PSYCHOSE et NARCISSISME</u>	29
A - "Pour introduire le Narcissisme"	29
B - La culpabilité	30
C - Le traumatisme - La blessure narcissique	30
D - La relation à la mère - Relation contenant-contenu	31
1°) L'incorporation orale	31
2°) Le refuge matriciel	32
3°) La relation somatopsychique	32
E - Les relations de type narcissique	33
1 - La relation d'objet narcissique	33
2 - La "structuration" homosexuelle	34
3 - L'identification projective	34
F - "Narcissisme normal" et "narcissisme pathologique"	35
Le "Narcissisme délirant"	36
<u>IIème PARTIE - ETUDE CLINIQUE</u>	37
Avertissement	38
Observation N° 1 - Marc F.	39
Observation N° 2 - Marcel D.	46
Observation n° 3 - Paul D.	55
<u>IIIème PARTIE : ESSAI SUR LA DEPRESSION DANS L'EVOLUTION DES PSYCHOSES,</u> <u>A PARTIR DE TROIS OBSERVATIONS</u>	65
I - Hypothèses théoriques à notre étude	66
- concernant l'évolution clinique de l'état psychotique de type schizophrénique	66
- concernant la dépression	66

II - L'impossibilité à aborder la position dépressive et la fixation aux mécanismes de défenses de la position schizoparanoïde.....	67
1°) Le diagnostic classique	67
2°) La dynamique des mouvements dépressifs	67
3°) Les réactions aux thérapeutiques	68
a) Les réactions à la chimiothérapie antidépressive	68
b) Les réactions à l'institution hospitalière	68
4°) Le problème de la structure psychotique et le pronostic ...	69
III - L'abord de la position dépressive, les difficultés à l'élaborer et le problème des régressions à la position schizoparanoïde (Observation n° 2)	70
1°) Diagnostic classique	70
2°) La dynamique des mouvements dépressifs	70
3°) Les réactions aux thérapeutiques	71
a) Les réactions à la chimiothérapie antidépressive ..	71
b) Les réactions à l'institution hospitalière	72
4°) Le problème de la structure psychotique et le pronostic ..	73
IV - L'élaboration de la position dépressive, son échec, et la fixation aux mécanismes de défenses de celle-ci (Observation N° 3)	74
1°) Le diagnostic classique	74
2°) La dynamique des mouvements dépressifs	74
3°) Les réactions aux thérapeutiques	76
a) Les réactions à la chimiothérapie antidépressive.....	76
b) Les réactions à l'institution hospitalière	76
4°) Le problème de la structure psychotique et le pronostic....	78
V - La dépression, lieu (espace-temps) d'une thérapeutique	79
CONCLUSIONS	81
BIBLIOGRAPHIE	84
TABLE des MATIERES	96

